

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

REGULAMENTO DE UTILIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

Este regulamento é de uso exclusivo e restrito à administração do Estabelecimento de Ensino e não deve ser reproduzido ou divulgado para terceiros.

INTRODUÇÃO

O presente regulamento visa criar condições indispensáveis à harmonia entre as instituições da Rede de Educação e Rede Referenciada de atendimento de saúde, objetivando o bom entendimento no sentido de atingir um objetivo comum de preservar a saúde, estabelecer e definir normas que dirigem a Adventist Medical Assistance - AMA, com cobertura no Sul do Brasil ao aluno, integrando o contrato da rede Adventista de educação. A ação reguladora nele contida estende-se a todos os alunos da União Sul Brasileira.

A Clínica Adventista é a entidade oficialmente autorizada pela União Sul Brasileira - USB, responsável pela administração do Programa de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica da Rede Educacional Adventista.

DAS DEFINIÇÕES

CLÁUSULA 1ª. O Programa da Assistência Médica Adventista - AMA, tem por objetivo proporcionar aos beneficiários os pagamentos dos atendimentos assistenciais e ressarcimentos de despesas decorrentes de ocorrências pessoais dentro das dependências das Unidades Escolares ou em atividades extracurriculares oficiais da rede educacional Adventista no território da União Sul Brasileira.

CLÁUSULA 2ª. Os beneficiários são exclusivamente os alunos matriculados nas escolas, colégios e internatos da rede educacional Adventista. Uma vez que estiverem fora do sistema de matrículas deixarão de ser beneficiários da AMA, portanto sem direito aos atendimentos ou reembolsos.

CLÁUSULA 3ª. Despesas médico-hospitalares e odontológicas – DMHO, consiste no reembolso ou faturamento ao prestador de serviços de saúde proveniente de atendimentos que geram despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelos beneficiários para seu tratamento, realizado sob a orientação médica e/ou odontológica resultantes de ocorrências acometidas na área de cobertura e garantindo ao beneficiário os serviços até o limite expresso no regulamento interno conforme o **ANEXO I**.

CLÁUSULA 4ª. Os prestadores serão considerados os locais de atendimentos com contratos assinados via AMA e faturamento direto nos CNPJs contratados. Os referenciados serão locais

de atendimentos não contratualizados com pagamentos via reembolso nos CNPJs da AMA conforme **ANEXO I**.

DAS COBERTURAS

CLÁUSULA 5ª. A AMA prestará toda a, para tratamento sob orientação médica - odontológica, sendo obrigatório o registro da ocorrência até o 7º (sétimo) dia a contar da data da ocorrência, com o período máximo de 360 dias para finalização do tratamento e com os respectivos documentos comprobatórios assistencial emergencial ou ressarcimento de despesas dos gastos. As coberturas serão por ocorrências e bem como os seus retornos. Os limites de cobertura deverão ser respeitados e sob as condições particulares previstas neste regulamento e dentro da vigência que ocorreu o acidente conforme **ANEXO I**.

CLÁUSULA 6ª. Acidente pessoal coberto pelo regulamento.

CLÁUSULA 7ª. Em caso de necessidade de tratamento fisioterápico, este deve ser requisitado pelo próprio médico que prestou atendimento clínico até o limite de 20 sessões por evento, no período máximo de um ano.

CLÁUSULA 8ª. Para as unidades escolares que possuírem o prestador de serviço credenciado, os atendimentos deverão ser realizados exclusivamente nestes locais, mediante a apresentação da guia de autorização ou retorno emitida pelo sistema AMA.

CLÁUSULA 9ª. Nos casos onde não houver rede referenciada o beneficiário e ou responsável poderá solicitar o reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas, conforme os limites de cobertura previstas no **ANEXO I**.

CLÁUSULA 10ª. Serviço de remoção e atendimento de urgência e emergência. Inicialmente deve-se verificar se há convênio com empresas para o serviço de remoção na localidade específica ou reembolso para despesas com transporte. Caso não desfrute deste serviço, deve-se achar meios alternativos de remoção que não traga risco ao beneficiário. Nas unidades escolares em que houver este serviço, será solicitado o atendimento a AMA após terem sido tomadas as providências de primeiros socorros. Será realizada a remoção do aluno em caso de lesão causada por acidente, até o hospital, clínica ou médico conveniado e capacitado para a realização do atendimento, conforme indicação da equipe médica assistente, à qual cabe reservar vaga em nome do beneficiário e responsabilizar-se pela liberação do mesmo, conforme ética médica.

- a) A solicitação do serviço de remoção ficará sob a responsabilidade da unidade escolar ou colaboradores indicados pelo mesmo, mediante triagem e contato com a Clínica Adventista de Curitiba nos fones: (41) 3240-2915 / (41) 99895-0157.

b) Em casos de acidentes de pequeno efeito, a remoção para pronto-atendimento, pronto-socorro, em hospitais ou clínicas, em que a locomoção do beneficiário não demande veículo especial, poderá ser feita através do motorista de transporte por aplicativo, com despesa reembolsável mediante recibo do prestador nas localidades que desfrutem desta cobertura. Esta alternativa muitas vezes abrevia o tempo entre o acidente e o início do atendimento, evitando-se à espera do deslocamento da ambulância.

CLÁUSULA 11. Eventos não cobertos pelo programa:

- a) Doenças preexistentes.
- b) Sintomas e efeitos colaterais de tratamentos de doenças preexistentes.
- c) Acidentes ocorridos fora das dependências da instituição de ensino, salvo quando atividades extracurriculares autorizadas pela escola.
- d) Tratamento médico, cirúrgico, medicamentoso ou exame clínico não originado pela ocorrência.
- e) Parto, aborto ou suas consequências.
- f) Perturbações mentais, nervosas ou emocionais.
- g) Alterações mentais consequentes da ação do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta.
- h) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- i) Suicídio ou a tentativa de suicídio.
- j) Danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo aluno ou seu responsável.
- k) Viagens em aeronaves ou embarcações: que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação; dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.
- l) atendimentos em locais não credenciados com emissão de recibos ou CNPJ diferentes do programa AMA.
- m) Sem cobertura do reembolso quando houver o mesmo serviço credenciado para a unidade escolar ou região de cobertura.
- n) Tratamentos estéticos e planos ortodônticos com manutenção e inclusão de aparelhos dentários.

DA REDE REFERENCIADA

CLÁUSULA 12. O atendimento médico-hospitalar e odontológico deverá ocorrer somente na rede referenciada, conforme relacionando portal do Sistema AMA – Adventist Medical Assistance System: <http://ama.clinicaadventista.org.br/>. Caso não exista prestador de serviços

referenciado na localidade, a Unidade Escolar poderá encaminhar o BENEFICIÁRIO para atendimento assistencial em prestador legalmente habilitado, desde que observado o ANEXO I com o CNPJ de origem da fonte pagadora.

CLÁUSULA 13. As unidades escolares poderão indicar prestadores à AMA para compor a rede referenciada de atendimento médico-hospitalar e odontológico.

CLÁUSULA 14. O beneficiário que possuir plano de saúde poderá optar pelo atendimento médico em prestadores do seu convênio. As informações do plano de saúde do beneficiário podem ser acessadas no SSE-Sistema de Secretária Escolar. As operadoras de planos de saúde possuem a relação dos prestadores referenciados disponíveis na internet.

DOS RESSARCIMENTOS DE DESPESAS

CLÁUSULA 15. Na hipótese de haver necessidade de atendimento assistencial fora da rede referenciada, a Unidade Escolar deverá solicitar autorização prévia à Clínica Adventista. Na ocorrência de atendimento sem autorização prévia, não haverá obrigação da Clínica Adventista em efetuar o ressarcimento das despesas.

CLÁUSULA 16. O reembolso de despesas médico-hospitalares e odontológicas, a unidade escolar ou beneficiário, conforme limites de cobertura e cláusulas previstas neste termo ANEXO I, será efetuado em até 30 (trinta) dias a partir da data de recebimento da documentação completa.

CLÁUSULA 17. Quando houver a necessidade de internação hospitalar ao beneficiário, a modalidade de acomodação será enfermaria.

CLÁUSULA 18. Para fins de regularização e liquidação das despesas em forma de reembolso será necessária a inclusão do reembolso no portal do AMA devidamente preenchido, juntamente com comprovantes de contas originais. É obrigação da a unidade escolar, atentar para as seguintes orientações:

- a) É necessária a apresentação da nota fiscal, onde deverá estar discriminado o tipo de procedimento realizado e à qual beneficiário refere-se o atendimento, a mesma precisa estar preenchida com os dados da Clínica Adventista, conforme o ANEXO I.
- b) Todos os exames complementares realizados, deverão conter a solicitação por escrito, do médico assistente, prescritos e/ou codificados em receituário ou guia SADT.
- c) Em caso de existência de exames de imagem (radiografia, ecografia, tomografia, ressonância magnética), os laudos dos mesmos devem acompanhar os documentos para reembolso, sendo o raio-x obrigatório no caso de atendimento odontológico.
- d) Para reembolso de medicação, deverá ser anexada a prescrição médica.

- e) Para reembolso de fisioterapia, deverá ser anexado o pedido médico de encaminhamento de fisioterapia com a indicação de quantas sessões serão necessárias e o relatório de frequência dos atendimentos fornecido pelo serviço de fisioterapia. Para pedidos acima de 20 sessões anuais ou continuidade do tratamento, deverá acompanhar a justificativa ou reavaliação do médico solicitante. Não serão aceitos continuidade do tratamento solicitados por profissionais fisioterapeutas.
- f) Para reembolso de transporte, a nota fiscal ou recibo deverão conter como informação adicional o nome do beneficiário, a data e o trajeto envolvido.
- g) Observar os limites de valores na utilização de procedimentos médico-hospitalares e odontológicos junto ao ANEXO I.

DAS OBRIGAÇÕES DAS UNIDADES ESCOLARES

CLÁUSULA 19. É obrigação das unidades escolares o preenchimento de todos os campos do formulário das autorizações de atendimento e autorizações de retorno no sistema AMA (Anexo II).

CLÁUSULA 20. Encaminhar o formulário de autorizações de atendimento / retorno devidamente preenchido e impresso para o prestador referenciado, para fins de atendimento médico hospitalar e odontológico.

CLÁUSULA 21. Comunicar os pais ou responsáveis do beneficiário imediatamente após a ocorrência, prestando informações sobre o atendimento assistencial.

CLÁUSULA 22. Fornecer à Clínica Adventista o acesso a toda espécie de informação sobre as circunstâncias e consequências da ocorrência, bem como, documentos necessários à apuração das despesas e determinação do ressarcimento.

CLÁUSULA 23. É obrigação da unidade escolar solicitar à Clínica Adventista as autorizações prévias para realização de atendimento ao beneficiário, nos seguintes casos:

- a) Procedimentos cirúrgicos de baixa, média ou alta complexidade;
- b) Exames complementares de média e alta complexidade (tomografia, ressonância magnética, etc);
- c) Internamento hospitalar;
- d) Procedimento odontológicos;

ANEXO I

1 - Coberturas e limites: Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

TETO PARA PAGAMENTO POR OCORRENCIA (Desde o atendimento inicial até a alta com todos os retornos)	R\$ 7.500,00
---	--------------

PARÁGRAFO 1º – Os dados para emissão de notas fiscais deverão seguir conforme os campos de atuação de cada região separadas da pelas UNIDADES ESCOLARES na seguinte forma:

Clínica Adventista de Curitiba

CNPJ: 15.116.763/0004-12

UNIDADES ESCOLARES: - ACP: Unid. Araucária, Unid. Boa Vista, Unid. Boqueirão, Unid. Castro, Unid. Guarapuava, Unid. Ponta Grossa, Unid. Portão, Unid. Colombo, Unid. Telêmaco Borba e Unid. Vista Alegre.

- **ANP:** Unid. Apucarana, Unid. Cianorte, Unid. Londrina, Unid. Maringá Zona 4 e Unid. Maringá Zona 7.

- **AOP:** Unid. Campo Mourão, Unid. Cascavel, Unid. Foz do Iguaçu, Unid. Guaíra, Unid. Goioerê, Unid. Toledo e Unid. Umuarama.

- **ASP:** Unid. Afonso Pena, Unid. Alto Boqueirão, Unid. Bom Retiro, Unid. Centenário, Unid. Faz Rio Grande, Unid. Paranaguá, Unid. Pinhais, Unid São José dos Pinhais e Unid. União da Vitória.

- **ANC:** Unid. Blumenau, Unid. Chapecó, Unid. Indaial, Unid Joinville Bom Retiro, Unid. Joinville Centro, Unid. Costa e Silva, Unid. Joinville Saguazu, Unid. Rio do Sul e Unid. São Francisco do Sul.

- **IAESC**

- **IAP**

Clínica Adventista de Porto Alegre

CNPJ: 15.116.763/0003-31

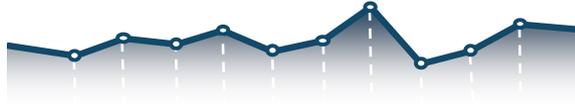
UNIDADES ESCOLARES: - AC: Unid. Criciúma, Unid. Florianópolis Centro, Unid. Florianópolis Estreito, Unid. Imbituba, Unid. Itajaí, Unid. Palhoça e Unid. Tubarão.

- **ACSR:** Unid. Cachoeira do Sul, Unid. Cachoeirinha, Unid. Canoas, Unid. Caxias do Sul, Unid. Ijuí, Unid. Marechal Rondon, Unid. Santa Maria, Unid. Santo Ângelo e Unid. Sarandi.

- **ANSR:** Unid. Alvorada, Unid. Canudos, Unid. Erechim, Unid. Esteio, Unid. Gravataí e Unid. Novo Hamburgo.

- **ASR:** Unid. Osório, Unid. Partenon, Unid. Pelotas, Unid. Porto Alegre centro, Unid. Pr. Ivo Souza, Unid. Rio Grande, Unid. Santa Cecília, Unid. Santo Antônio da Patrulha e Unid. Viamão.

- **IACS**



Assistência Médica Adventista

 COBERTURAS	 Cobertura Básica	 Cobertura Intermediária	 Cobertura Completa
Atendimento Médico	x	x	x
Atendimento Odontológico	x	x	x
Medicamentos Prescritos	x	x	x
Fisioterapias - 20 sessões/ano	x	x	x
Reembolso não credenciado	x	x	x
Reembolso Remoção carro particular / Aplicativo		x	x
Remoção Ambulância			x

ANEXO II – GUIAS DE AUTORIZAÇÕES

UNIDADES CLAC

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO				 <small>ADVENTIST MEDICAL ASSISTANCE</small>	
Aluno: Nº da Carteira: Instituição:					
Data de Nascimento:			Nº da Guia:		
Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade		
O que aconteceu			Partes do corpo		
Descrição					
Testemunha da ocorrência				Telefone	
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone	
Observações					

Ass.: _____

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por:

1 de 1

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO		 <small>ADVENTIST MEDICAL ASSISTANCE</small>
Aluno: Nº da Carteirainha: Instituição:		
Data de Nascimento:	Nº da Guia:	

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade

O que aconteceu	Partes do corpo

Descrição

Testemunha da ocorrência	Telefone

Quem prestou primeiros socorros	Data

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone

Motivo do Retorno

Ass.: _____

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

UNIDADES CLAPA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO				 <small>ADVENTIST MEDICAL ASSISTANCE</small>	
Aluno: Nº da Carteirinha: Instituição:					
Data de Nascimento:		Nº da Guia:			
Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade		
O que aconteceu			Partes do corpo		
Descrição					
Testemunha da ocorrência				Telefone	
Quem prestou primeiros socorros				Data	
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone	
Observações					

Ass.: _____

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
 Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290
 Telefone: (51) 3382-1200
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO		 <small>ADVENTIST MEDICAL ASSISTANCE</small>
Aluno: Nº da Carteirainha: Instituição: Data de Nascimento: _____ Nº da Guia: _____		

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade

O que aconteceu	Partes do corpo

Descrição

Testemunha da ocorrência	Telefone

Quem prestou primeiros socorros	Data

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone

Motivo do Retorno

Ass.: _____

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE PORTO ALEGRE, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo) Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
 Rua Matias José Bins, 581 - Três Figueiras, Porto Alegre - RS, CEP: 91330-290
 Telefone: (51) 3382-1200
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br