TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA

Eu,
, e as pessoas abaixo relacionadas, para aderir ao serviço de transporte médico aéreo e/ou terrestre de urgência, inter-hospitalar, somente em território nacional brasileiro, estamos cientes e concordamos com as seguintes condições:

1. A adesão a esse serviço, somente será permitida aos beneficiários da Copass Saúde inscritos nos planos Copass Completo Ativos, Copass Completo Assistidos ou Copass Completo Dependentes Especiais;
2. A carência a ser cumprida será de 45 (quarenta e cinco) dias corridos, a partir do pagamento da 1ª mensalidade;
3. A solicitação para remoção deverá ser realizada diretamente junto à **CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HORAS DA UNIMED AEROMÉDICA - Telefone 0800–9412 412** – exclusivamente pelo médico assistente do paciente;
4. Nos casos de ausência de recursos ou de necessidade de recursos complementares, o paciente que tiver recebido o primeiro atendimento em caráter de urgência ou emergência, dentro ou fora do estado de Minas Gerais, em hospital credenciado ou não, será removido por aeronave da CONTRATADA, com estrita indicação médica, após providenciada pelo seu médico assistente a reserva da vaga no hospital mais próximo, credenciado à Copass Saúde, confirmada pela CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HORAS DA UNIMED AEROMÉDICA, desde que a distância seja superior a 50 km, com paciente estabilizado, em condições de ser transportado, necessitando permanecer internado em UTI/CTI ou para realizar um procedimento cirúrgico;
5. Nos casos de retorno ao local de domicílio, o paciente que tiver recebido o primeiro atendimento em caráter de urgência ou emergência, dentro ou fora do Estado de Minas Gerais, em hospital credenciado ou não, será removido por aeronave da CONTRATADA, com estrita indicação médica, após providenciada pelo seu médico assistente a reserva da vaga no hospital credenciado pela Copass Saúde, na cidade de origem do paciente ou próximo a ela, confirmada pela CENTRAL DE ATENDIMENTO 24 HORAS DA UNIMED AEROMÉDICA, desde que a distância seja superior a 50 km, com paciente estabilizado, em condições de ser transportado, necessitando permanecer internado em UTI/CTI ou dar prosseguimento ao seu atendimento em regime de internação ou para realizar um procedimento cirúrgico;
6. Para os atendimentos a serem realizados em hospital situado fora do Estado de Minas Gerais, previstos nos itens 4 e 5, cuja distância para o hospital de destino mais próximo credenciado à Copass Saúde dentro do Estado de Minas Gerais, for inferior a 50 km, a remoção será realizada por ambulância terrestre.
7. Quando necessária a transferência do paciente em função da ausência de recursos no hospital de origem, mas as condições locais não permitirem o pouso e decolagem da aeronave, a remoção ocorrerá por ambulância terrestre.

8. O médico da Unimed Aeromédica será o responsável por definir qual o melhor meio de transporte (aéreo e/ou terrestre) a ser utilizado para quaisquer remoções de pacientes da COPASS SAÚDE, após a análise do diagnóstico e das informações prestadas pelo médico assistente do paciente.
9. O serviço de transporte médico aéreo e/ou terrestre de urgência estará disponível 24h, com o acompanhamento médico e os recursos materiais necessários ao atendimento do paciente, levando- se sempre em consideração:

a. O cumprimento do disposto no item 3 deste termo;
b. As condições meteorológicas;
c. A legislação em vigor no que diz respeito às condições de tráfego aéreo, as instruções da ANAC (Agência Nacional de Aviação Civil) do Comando da Aeronáutica, bem como a legislação pertinente em relação ao tráfego terrestre;
d. Prioridade aos casos de maior gravidade, segundo análise do médico da Unimed Aeromédica;
e. Infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas;
f. O atendimento ao(s) paciente(s) na modalidade denominada “aeronave de transporte médico” só será possível em locais onde existirem aeródromos homologados ou registrados e que oferecerem as condições necessárias para uma operação segura, especialmente em caso de operação noturna e demais casos, tudo de acordo com os manuais dos fabricantes das aeronaves operadas pela CONTRATADA, sempre respeitando as normas e instruções da ANAC (Agência Nacional de Aviação Civil) do Comando da Aeronáutica.

10. A Unimed Aeromédica não fará a remoção nos casos em que o paciente apresentar:

a. Estado de coma irreversível, haja vista a impossibilidade de cura;
b. Quadro sem possibilidades terapêuticas – fase terminal – haja vista a impossibilidade de cura;
c. Sinais de consumo/uso de bebida alcoólica, que puderem expor os tripulantes e a equipe médica ao risco de agressões físicas, impactando em possíveis danos à aeronave/ambulância, comprometendo, como um todo, a segurança de toda a tripulação;
d. Uso voluntário de drogas ilícitas, haja vista a exposição dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, impactando em possíveis danos à aeronave/ambulância, comprometendo, como um todo, a segurança de toda a tripulação;
e. Quadro de surto psicótico, haja vista a exposição dos tripulantes e equipe médica ao risco de agressões físicas, impactando em possíveis danos à aeronave/ambulância, comprometendo, como um todo, a segurança de toda a tripulação;
f. Nos casos em que o paciente da Copass Saúde tiver que se submeter a hemodiálise de rotina periódica programada ou exames complementares ao diagnóstico, não se aplicando a hemodiálise em situações agudas, motivadas pela doença ou condição que deu origem à remoção;

E também:

g. Não houver a confirmação da vaga pelo médico assistente no hospital de destino;

11. Quando as condições metereológicas não possibilitarem o deslocamento da aeronave com segurança;
12. Houver plenas condições para o tratamento do paciente da CONTRATANTE na localidade onde ele se encontrar, desde que dentro do estado de Minas Gerais, exceto nos casos previstos de retorno ao local de domicílio.
13. Não estará disponível, em hipótese alguma, dentre os materiais para o atendimento do paciente, a utilização ou pagamento de próteses ou órteses nacionais ou importadas, pela Unimed Aeromédica.
14. Havendo atraso no pagamento de 03 (três) ou mais mensalidades, consecutivas ou não, nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, no prazo de 10 (dez) dias contados do recebimento da notificação de inadimplência, todos os inscritos serão excluídos, caso não haja manifestação do titular. Em caso de retorno, haverá novo cumprimento da carência.
15. A adesão do dependente NÃO fica condicionada à participação do titular.

Assim, ciente dos termos e condições para adesão e utilização desse serviço, solicito a inscrição das pessoas abaixo, autorizando a COPASS SAÚDE a realizar o desconto mensal em folha de pagamento ou boleto, de acordo com a tabela abaixo:

Relacione o nome de quem serão os inscritos, inclusive do titular, se for participar.

_____

_____

_____

_____

_____

Quantidade de Inscritos	Valor por Inscrito
Até 9.999	R$ 4,32
10.000 – 14.999	R$ 2,98
15.000 – 19.999	R$ 2,71
20.000 – 24.999	R$ 2,54
25.000 – 29.999	R$ 2,44
30.000 – 34.999	R$ 2,33
35.000 – 39.999	R$ 2,27
40.000 – 49.999	R$ 2,22
50.000 – 59.999	R$ 2,17

Para fins de atualização cadastral, evitando possíveis restrições ou problemas quando da solicitação de uma remoção, solicitamos informar no quadro abaixo o seu endereço residencial:

Endereço:		**Número:**	**Complemento:**
Bairro:	**Cidade:**	**CEP:**	
Telefones: ( )	**Email:**		

Caso algum dependente tenha endereço diferente do titular, informe no quadro abaixo:

Nome do dependente:			
Endereço:		**Número:**	**Complemento:**
Bairro:	**Cidade:**	**CEP:**	
Telefones: ( )	**Email:**		

Nome do dependente:			
Endereço:		**Número:**	**Complemento:**
Bairro:	**Cidade:**	**CEP:**	
Telefones: ( )	**Email:**		

Cidade _____, _____ **de** _____ **20** ____

_____

Assinatura