

Proposta de Adesão à BEM – Emergências Médicas

Serviços: Emergência Médica Domiciliar (EMD) - Orientação Médica Telefônica (OMT) - **Cidades atendidas do Estado do Rio de Janeiro:** Alcântara, Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti. **Cidades do Estado de São Paulo:** Diadema, Guarulhos, Osasco, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e São Paulo.

DADOS PESSOAIS DO ASSOCIADO - Preenchimento em letra de forma

*CAMPOS OBRIGATÓRIOS

Nome Completo:*

--	--	--	--

Matrícula*: C/DV

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ag. do BB: C/DV*

--	--	--	--

Nº da Conta:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Sócio Família e Sócio Comunitário: não preencher

Nasc.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo:*

CPF:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado Civil:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Endereço:*

Complemento:

Bairro:*

Cidade:*

UF:*

CEP:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

Tel.:

Cel.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pessoas indicadas

Nome:

--	--	--	--

Nasc.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo:*

Tel.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

Nome:

--	--	--	--

Nasc.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo:*

Tel.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

Nome:

--	--	--	--

Nasc.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo:*

Tel.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

Nome:

--	--	--	--

Nasc.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo:*

Tel.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

As informações prestadas pelos associados são confidenciais e somente poderão ser utilizadas para a finalidade prevista no convênio, não podendo ser divulgadas a terceiros.

Assumo inteira responsabilidade pelos dados acima, e autorizo o débito em minha conta-corrente no Banco do Brasil, da importância referente à minha participação e das pessoas por mim indicadas, cujas inclusões ou exclusões são de minha inteira responsabilidade.

A efetivação desta adesão se dará a partir do dia 1º do mês subsequente ao primeiro débito na minha conta-corrente. A falta de pagamento, por qualquer motivo, implicará no cancelamento do serviço ao associado e a todos os seus indicados.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Associado

Convênio de Aconselhamento Médico por Telefone e Emergência Médica Domiciliar

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR é o serviço de atendimento médico prestado aos **ASSISTIDOS** pela **CONTRATADA BEM** Guanabara Emergências Médicas e, se necessário for, a critério da contratada, a remoção por via terrestre do local onde se encontrem (exceto na via pública) para estabelecimento hospitalar.

A **BEM** disponibilizará equipe médica adequada ao atendimento de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**, em ambulância equipada com UTI Móvel, quando houver necessidade, a critério da **CONTRATADA**.

Entende-se como **URGÊNCIA** os casos em que não exista risco imediato de morte e como **EMERGÊNCIA**, os casos que impliquem em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o **ASSISTIDO**.

ASSISTIDOS são o associado da AAFBB e as pessoas por ele indicadas para utilizar os serviços. O associado da AAFBB poderá indicar quantas pessoas quiser para serem incluídas como **ASSISTIDOS**, sob sua responsabilidade, com os débitos correspondentes efetuados na conta corrente de que é titular no Banco do Brasil.

A prestação do serviço engloba as regiões do Grande Rio e da Grande São Paulo, nas seguintes localidades: Alcântara, Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro (Capital), São Gonçalo e São João de Meriti; Cidades do Estado de São Paulo: Diadema, Guarulhos, Osasco, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e São Paulo (Capital).

Nas hipóteses em que, pelas características do caso de urgência, ou pela dificuldade de se chegar ao local por razões como trânsito intenso, inundações, calamidades, manifestações populares, locais de difícil acesso aos veículos da **CONTRATADA** ou a seus profissionais, ou que ofereça risco aos mesmos, entre outras, for manifesta a impossibilidade de atendimento dos **ASSISTIDOS** no prazo adequado, deverá o médico da **CONTRATADA**, quando acionado, orientar o **ASSISTIDO**, familiares e acompanhantes acerca dos primeiros cuidados e a procurar o local mais próximo do pronto atendimento médico, até que os profissionais da **CONTRATADA** tenham acesso ao local para prestar o socorro.

Caso seja necessária a remoção para um hospital, ela será dirigida àquele indicado pelo **ASSISTIDO**, desde que de acordo com a rede credenciada estabelecida pelo seu plano, com leito assegurado. Não havendo, por qualquer motivo, garantia de atendimento no estabelecimento pretendido, a **CONTRATADA** estará autorizada a remover o **ASSISTIDO** para qualquer hospital credenciado no Plano ou Seguro Saúde contratado por ele. Caso contrário, fica a **CONTRATADA** autorizada a encaminhá-lo a um serviço público do Sistema Único de Saúde - SUS.

Se, em virtude das condições de saúde do **ASSISTIDO**, for necessária internação imediata, será lícito à **CONTRATADA** removê-lo para o estabelecimento hospitalar mais próximo do local do atendimento, ficando a **CONTRATADA** isenta do pagamento de quaisquer despesas, as quais serão arcadas pelo **ASSISTIDO** ou por pessoas por ele indicadas.

ACONSELHAMENTO MÉDICO TELEFÔNICO

Compromete-se a **CONTRATADA** a manter Central de Atendimento Telefônico, 24 horas por dia, para atendimento das chamadas dos **ASSISTIDOS**.

SERVIÇOS EXCLUÍDOS

Ficam excluídos dos serviços regulados neste contrato os atendimentos médicos de **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA** nos seguintes casos:

- Conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes;
- Pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo;
- Distúrbios neuro-vegetativos;
- Atendimento para investigação de sintomas gerais; e,
- Atendimento para consulta ambulatorial e controle de tratamento ambulatorial.

RESPONSABILIDADES DOS ASSISTIDOS

O cancelamento da adesão do **ASSOCIADO**, por qualquer motivo, acarretará a cessação dos serviços prestados pela **CONTRATADA**, ao **ASSOCIADO** da AAFBB e a todos os **ASSISTIDOS** por ele indicados.

Os **ASSISTIDOS** declaram-se cientes das localidades incluídas no raio de atendimento pela **CONTRATADA**.

Os valores das mensalidades serão corrigidos anualmente, com base no IGP-M, divulgado pela FGV, Fundação Getúlio Vargas, a partir da assinatura do contrato inicial da AAFBB com a BEM.

Declaro estar ciente das disposições acima e me obrigo a cientificar meus indicados quanto a qualquer alteração no convênio, inclusive no caso de cancelamento.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Associado