TERMO DE RESPONSABILIDADE DE USO

DO CONVÊNIO CLÍNICAS MÉDICAS – CONSULTAS, TELECONSULTAS E EXAMES

Pelo presente Termo de Responsabilidade, de um lado, AEMFLO – Associação Empresarial da Região Metropolitana de Florianópolis, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o N° 78.531.845/0001-09 estabelecida à Rua Vidal Procópio Lohn, 91 - Distrito Industrial, São José - SC, 88104-810, representada neste ato pelo seu Vice-Presidente de Assistência e Serviços ao fim assinado, doravante denominada simplesmente AEMFLO e de outro lado a empresa .................................................................................................................................. pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o N°: .............................................................. estabelecida a Rua .......................................................................................... N°: ................ Bairro: ................................................... Cidade: ................................................................................ UF: .............., CEP: .................................. neste ato representada por .............................................................................................................................................., CPF: ................................................... doravante denominada ASSOCIADA.

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do objeto do Termo

O presente Termo tem por objeto estabelecer entre as partes regras para utilização dos serviços de consultas médicas eletivas, teleconsultas e exames laboratoriais, decorrentes de convênios firmados entre a AEMFLO e os parceiros (clínicas médicas, TOPMED e laboratórios).

Nossos serviços disponibilizam os atendimentos eletivos nas clínicas médicas conveniadas (conforme especialidades cadastradas pelo usuário), teleconsultas por meio da parceria com a TOPMED (Saúde 24h, onde são três categorias: Individual, Familiar 1+3 e Adicional) e exames laboratoriais (divididos em pacotes: LabPlus, LabMaster e LabCovid).

Parágrafo primeiro: Entende-se por LabPlus o grupo de procedimentos composto pelos seguintes exames: Hemograma Completo, VHS, Parcial de Urina, Parasitológico de Fezes, Glicose, Colesterol Total, HDL, LDL, VLDL, Triglicerídeos, TGO, TGP.

Parágrafo segundo: Entende-se por LabMaster o grupo de procedimentos composto pelos seguintes exames: PSA Total, TSH e T4 livre.

Parágrafo terceiro: Entende-se por LABCOVID o grupo de procedimentos composto pelos seguintes exames: D-Dímero, Dosagem de Ferritina, Dosagem de Fibrinogênio, Glicemia de Jejum, Gama-GT, Tropinas Cardíacas*.*

CLÁUSULA SEGUNDA: Das condições para adesão ao convênio

A empresa associada será responsável pela inclusão de seus colaboradores nos respectivos convênios, e pagamento dos valores conforme condições descritas abaixo:

1. **Tabela de Valores**

A empresa associada pagará por especialidade e/ou exames cadastrados para cada usuário os valores descritos na tabela nomeada como ANEXO I, ANEXO II e ANEXO III, parte integrante deste termo;

1. Inclusão de titulares e dependentes no convênio - As solicitações de inclusão de usuários, especialidades e/ou exames deverão ser realizadas mediante preenchimento de formulário e devidamente assinado pelo responsável da empresa;
2. Inclusão de dependentes em outras especialidades - Para incluir dependentes em outras especialidades e/ou exames, é obrigatório que o titular esteja cadastrado;
3. Alteração de especialidade - A alteração de especialidade médica só poderá ser efetuada depois de decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias contados da data da inclusão do titular e/ou do dependente na especialidade. A especialidade de teleconsulta não pode ter alteração;
4. Quantidade de Consultas mês - Cada usuário inscrito no convênio terá direito a realizar uma consulta/mês por especialidade com direito a um retorno, exceto para a especialidade de ginecologia/obstetrícia (quando a paciente for gestante). Nesse caso o agendamento ficará a critério do profissional médico;
5. Quantidade de Teleconsultas – sem limite de consultas mês;
6. Quantidade de Exames (LabPlus e LabMaster) - Cada usuário inscrito no convênio nas categorias LabPlus e/ou LabMaster terá direito a realizar 02 (duas) vezes por ano cada categoria cadastrada não cumulativos;
7. Quantidade de exames LABCOVID - Cada usuário inscrito no convênio na categoria LABCOVID terá direito a realizar até 04 (quatro) exames por anos;
8. Carência - A efetivação do cadastro do usuário se dará no prazo de 07 (sete) dias úteis contados da data da inclusão do titular e/ou dependente e/ou especialidade e/ou exames, após esse prazo o cartão estará liberado para utilização do convênio;
9. Atendimento nas Clínicas ou Laboratórios Conveniadas - Para serem atendidos nas clínicas e/ou laboratórios conveniados, os usuários deverão estar devidamente cadastrados no convênio que desejarem realizar a consulta e/ou exames. Os usuários sem cadastro ficarão impedidos de ser atendidos;
10. Identificação do Usuário – Para usufruir dos serviços de consultas médicas e/ou exames nas clínicas ou laboratórios conveniados é indispensável à apresentação do cartão Convênio Clínicas Médicas – CCM (fornecido pela AEMFLO), que será emitido em formato PDF e encaminhado por e-mail para a empresa e documento de identificação com foto no ato da realização da consulta e/ou exames;
11. Identificação Teleconsulta – Para usufruir dos serviços de Teleconsulta, após finalização do cadastro, o beneficiário receberá via WhatsApp o link para acesso ao APP Saúde 24h;
12. Aplicativo Teleconsulta – caso o beneficiário tenha qualquer problema ao acessar o APP, deverá entrar em contato através do número 4004-8881;
13. Prazos - A data limite para realizar qualquer movimentação cadastral, será dia 18 (dezoito) de cada mês. Caso tal data recaia em dias não uteis (sábado, domingo ou feriado), a documentação deverá ser obrigatoriamente entregue até o primeiro dia útil anterior ao dia 18, sob pena de não serem processadas dentro do mês da solicitação;
14. Exclusões - As solicitações de exclusões deverão ser realizadas mediante preenchimento de formulário devidamente assinado pelo responsável da empresa observando-se os seguintes critérios:
    1. Exclusões por solicitação da empresa associada - Na hipótese de solicitação de exclusão do usuário titular, serão automaticamente excluídos os seus dependentes e cessado imediatamente o direito ao uso dos serviços de consulta médica e/ou exames, sem a necessidade de prévia notificação por parte da AEMFLO E CDL-SJ aos beneficiários;
    2. Inadimplência - serão excluídos os usuários inscritos no convênio quando a empresa estiver inadimplente por mais de 90 (noventa) dias conforme Estatuto e Regimento Interno das Entidades;
15. Multa: Haverá a cobrança de multa nos casos de exclusão de usuários e/ou especialidades e/ou exames quando:
    1. O cancelamento ocorrer antes de completado o mínimo de 12 (doze) meses contado da data da inclusão na especialidade e/ou exame;
    2. A multa será equivalente ao valor da prestação paga por especialidade e/ou exames, multiplicado pelo número de meses que faltar para completar o período mínimo obrigatório de 12 (doze) meses de permanência, por especialidade e/ou exames.
16. Isenção de multa: Haverá isenção na cobrança da multa nos seguintes casos:
    1. Demissão motivada ou imotivada, mediante comprovação (cópia de rescisão);
    2. Óbito do usuário, mediante comprovação (atestado de óbito);
    3. Quando não houver utilização na especialidade e/ou exames a ser cancelada.
17. Reajuste - A data base para fins de reajuste será anual no mês de agosto e o percentual será definido de acordo com índice de variação do IGPM (FGV) ou IPCA, prevalecendo aquele que tiver maior variação percentual, acumulada no período, dos 12 meses anteriores a vigência do contrato. Essa medida é necessária para que sejam mantidas condições justas para ambas as partes envolvidas.

E, por estarem de comum acordo, assinam o presente Termo de Responsabilidade.

São José/SC, ......... de ....................................... de ................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.......................................................................................

EMPRESA ASSOCIADA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AEMFLO – Associação Empresarial da Região Metropolitana de Florianópolis

ANEXO I

(Vigência até 31 de julho de 2026)

|  |  |
| --- | --- |
| TABELA DE VALORES | |
| ESPECIALIDADE | R$ 15,20 |
| PACOTE LABPLUS | R$ 15,20 |
| PACOTE LABMASTER | R$ 15,20 |
| TAXA DE CADASTRO | R$ 4,30 |

ANEXO II

|  |  |
| --- | --- |
| TABELA DE VALORES | |
| PACOTE LABCOVID | R$ 20,35 |
| TAXA DE CADASTRO | R$ 4,30 |

ANEXO III

|  |  |
| --- | --- |
| TABELA DE VALORES TELECONSULTA | |
| INDIVIDUAL | R$ 15,20 |
| FAMILIAR 1+3 | R$ 24,95 |
| ADICIONAL | R$ 10,30 |
| TAXA DE CADASTRO | R$ 4,30 |

|  |
| --- |
| CARÊNCIAS |
| 07 DIAS (úteis) contado da data de inclusão |

*\*Necessário que todas as páginas sejam “vistadas” pelo responsável da empresa.*

São José/SC, ......... de ....................................... de ................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.......................................................................................

EMPRESA ASSOCIADA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AEMFLO – Associação Empresarial da Região Metropolitana de Florianópolis