

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Associação Policial de Assistência à Saúde – APAS Fernandópolis, entidade civil sem fins lucrativos, com sede na cidade de Fernandópolis/SP, Avenida Líbero de Almeida Silves, 3014, Bairro Coester, CEP 15600-000, inscrita no CNPJ sob o nº 00.444.803/0001-35, registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob o nº 941034 e com Autorização de Funcionamento na ANS sob nº 40941-3, como Operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade Autogestão, neste ato representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada **CONTRATADA**.

B – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

NOME (Titular)				RE/MAT CBPM	
Data Nascimento	Naturalidade	UF	Est Civil	Sexo () M () F	
RG	SSP	Data Exped	CPF		
Filiação (Pai)					
Filiação (Mãe)					
Endereço				Bairro	
Cidade		UF	CEP	Tel	

C – NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Plano: APAS Saúde

Registro do Produto na ANS: 464.354/11-2

D - Dados Gerais

Contratação: Coletivo por adesão

Abrangência Geográfica: Grupo de municípios (Fernandópolis, Jales, Nhandeara, Santa Fé do Sul e Votuporanga, todos do Estado de São Paulo)

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Formação do Preço: Pré-estabelecido

Padrão de Acomodação: Coletiva (Quarto coletivo de até 2 leitos)

Fator Moderador: Co-participação

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

Região da Área de Atuação: Fernandópolis, Jales, Nhandeara, Santa Fé do Sul e Votuporanga, todos do Estado de São Paulo.

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Esse presente instrumento trata de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais que na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando a Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Esse instrumento trata de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na norma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor. Trata-se de um regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contato de adesão.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que possua ligação com a Operadora, Instituidora, Mantenedora ou Patrocinadora de caráter profissional, classista ou setorial.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares aqueles que comprovem ter com uma das pessoas acima o(s) seguinte(s) vínculo(s):

Policiais Militares ativos ou inativos e pensionistas.

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.

c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

e) Outros conforme disposições Estatutárias em consonância com a regulamentação da ANS.

O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, esta OPERADORA compromete-se a prestar ao(s) Beneficiário(s) assistência à saúde continuada, através de serviços próprios ou por rede credenciada, compreendendo procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina, alcançando as seguintes coberturas:

I - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

II - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Fls 2/13

III - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

IV - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

V - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

VI - Consultas Médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

VII - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

VIII - Cobertura de Serviços de Apoio Diagnóstico, Tratamentos e Demais Procedimentos Ambulatoriais, incluindo Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

IX - Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

X - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

XI - atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

XII - Procedimentos Considerados Especiais:

- a) Hemodiálise Crônica e Diálise Peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- c) Radioterapia;
- d) Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
- e) Hemoterapia Ambulatorial;
- f) Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

XIII - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

XIV - Internações, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

XV - Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

XVI - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

XVII - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;

XVIII - cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente,

XIX - atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTEROA (SDHEA);

XX - Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

XXI - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;

XXII - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XXIII - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

XXIV - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.

XXV - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.

XXVI - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados incluindo, quando couber, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com a captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, ressalvando que o Beneficiário, candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deve, obrigatoriamente, providenciar a sua inscrição em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs.

XXVII - Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/10ª Revisão - CID 10, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo as seguintes coberturas:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XXVIII - Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato; e assistência o recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento do plano e os provenientes dos seguintes casos:

- I - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da operadora e sem atendimento às condições previstas no regulamento;
- II - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos;
- III - Enfermagem em caráter particular;
- IV - Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- V - Avaliações pedagógicas;
- VI - Orientações vocacionais;
- VII - Atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- VIII - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- IX - Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
- X - Inseminação artificial;
- XI - Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XII - Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- XIII - Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XIV - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XV - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XVI - Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XVII - Asilamento de idosos;
- XVIII - Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- XIX - Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- XX - Aplicação de vacinas;
- XXI - Despesas de acompanhantes, excepcionadas:

- a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
 - b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
 - c) despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- XXII - Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- XXIII - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- XXIV - Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXV - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- XXVI - Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

O presente Regulamento terá seu início de vigência, a contar da data de assinatura da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, considerando-se o que ocorrer primeiro, com validade de 12 meses. Para efeito de contagem de carências, a mesma inicia a partir da data de assinatura no Termo de Adesão, pelo Contratante.

O presente regulamento terá prazo de 12 (doze) meses a contar da data constante na Proposta de Adesão e será prorrogado automaticamente por iguais períodos sucessivos, se não houver manifestação contrária das partes.

Na renovação do regulamento, prevalecerão, para todos os fins, as condições, normas, coberturas e limitações já previstas, sem que haja nova cobrança de taxas, despesas ou a incidência de períodos adicionais de carência.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

O associado e seus dependentes obedecerão as seguintes carências para fazer uso da Cobertura Assistencial:

- a) Urgência e emergência - 24 horas;
- b) Consulta Médica - 90 dias;
- c) Exame de Análise Clínicas (Laboratório de Análises) - 90 dias;
- d) Exame Diagnóstico: Ultrassonografia, Densitometria Óssea, Eco-Cardiografia, Ergometria e Sistema Holter 12 / 24 horas - 90 dias;
- e) Exames Especiais: Cineangiocoronariografia, Cintilografia, colonoscopia, endoscopia, tomografia e ressonância magnética - 180 dias;
- f) Procedimentos Especiais: Quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise - 180 dias;
- g) Internação hospitalar: Clínica, Cirúrgica, Psiquiátrica - 180 dias;
- h) Partos a termo - 300 dias
- i) Na transferência para o plano com cobertura maior, haverá carência de 90 (noventa) dias para novas coberturas, não constantes na categoria anterior.

Para efeito de contagem de carências, a mesma inicia a partir da data de assinatura no Termo de Adesão, pelo Contratante.

O pagamento antecipado das taxas mensais não elimina nem reduz os prazos de carência deste regulamento.

VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Quando em carência, serão cobertas as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas.

Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário titular, não cabendo ônus à operadora.

O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal é garantido sem restrições após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura do Termo de Adesão.

Para efeito desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional -porém ainda cumprindo período de carência- serão cobertas as despesas efetuadas com a

realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas. Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário titular, não cabendo ônus à operadora.

Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela operadora, dentro da abrangência geográfica, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os limites praticados pela Operadora com a Rede Credenciada.

Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à operadora os originais dos seguintes documentos:

a) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico (CID-10), tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência / emergência;

b) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

- Nome completo do paciente;
- Procedimento e data de sua realização;
- Atuação do médico (clínico e outros);
- Valor dos honorários;
- Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.

c) Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada, através de cheque nominal ao usuário titular ou depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo.

IX - REMOÇÃO

Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do tratamento ou pela necessidade de internação.

Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, quando o usuário estiver cumprindo os prazos de carência. A responsabilidade da operadora pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS, e dentro da abrangência geográfica do plano contratado.

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

Será garantida a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no regulamento, em território brasileiro.

X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É reservado à OPERADORA o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de

Fls 9/13

éticas profissionais, sob a égide da Lei 9.656 de 1998 e quaisquer outras Regulamentações pertinentes, sendo então adotadas as seguintes medidas de regulação:

I - A habilitação do BENEFICIÁRIO no exercício do seu direito de uso em toda a rede de prestadores, durante a vigência do regulamento, ocorrerá com a apresentação do seu cartão individual de identificação, expedido pela OPERADORA, acompanhado da sua carteira de identidade, desde que cumpridas as carências, exceto nos casos de urgência/emergência.

II - É imprescindível que o BENEFICIÁRIO solicite autorização prévia para todos e quaisquer procedimentos, exceto para consultas e os casos de urgência e emergência, diretamente na sede da OPERADORA, portando a solicitação do médico para sua posterior utilização na rede própria ou credenciada, garantido o tempo de resposta ao pedido no prazo máximo de 1 (um) dia útil.

III - As divergências de natureza médica relacionadas com os serviços objeto deste regulamento serão dirimidas por uma junta médica composta por 3 (três) profissionais: um nomeado pela OPERADORA, outro pelo BENEFICIÁRIO e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois profissionais. Caso não haja acordo quanto ao médico desempatador, este será designado pela associação representativa de médicos, sendo os honorários deste assumidos pela OPERADORA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

IV - A OPERADORA poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

V - Os serviços, diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos serão solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora, todavia sua realização será obrigatoriamente realizada na rede credenciada.

VI - Este Plano possui CO-PARTICIPAÇÃO, que é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, posteriormente a utilização do serviço.

Os valores ou percentuais referentes à co-participação serão devidamente preenchidos no momento da contratação, de acordo com o normativo da ANS vigente à época.

Segmento Ambulatorial:

a) Consultas, no percentual de 25%.

b) Exames Básicos de Apoio Diagnóstico, no percentual de 10%.

c) Exames Especiais de Apoio Diagnóstico, no percentual de 10%.

d) Procedimentos Básicos a nível ambulatorial, no percentual de 10%.

e) Procedimentos Especiais a nível ambulatorial, no percentual de 10%.

Seguimento Hospitalar:

a) Internação clínica ou cirúrgica, no valor de R\$ 100,00. O valor estipulado a título de co-participação neste procedimento se dará por internação.

b) Procedimentos Básicos a nível hospitalar, no valor de R\$ 100,00.

c) Procedimentos Especiais a nível hospitalar, no valor de R\$ 100,00.

VII - É obrigatoriamente entregue ao BENEFICIÁRIO, quando de sua inscrição, cópia do regulamento, carteira de identificação e Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico, de forma impressa, descrevendo em linguagem simples e precisa todas as características operacionais do plano, constando também a apresentação da rede assistencial, própria e credenciada disponível para sua utilização.

VIII - Ficará disponível na sede da OPERADORA, na internet, no tele-atendimento, para o BENEFICIÁRIO as atualizações do Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico.

IX - É facultada à OPERADORA a substituição de entidade hospitalar desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com trinta dias de

FIs 10/13

antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

XI - Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere texto acima ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do regulamento.

XII - Excetua-se do previsto, no item anterior, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a OPERADORA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

XIII - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a OPERADORA deverá solicitar à ANS autorização expressa.

XIV - A OPERADORA poderá a qualquer momento, durante a vigência deste regulamento, adotar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários, de livre adesão, sem a cobrança de pagamento ou taxas.

XV - São considerados como parte integrante deste regulamento: a Proposta de Adesão, a tabela de preços vigente à época, o Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico, e a declaração de saúde dos beneficiários inscritos.

XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

A contraprestação pecuniária que o (a) Contratante pagará à Contratada, decorrente deste Regulamento, denomina-se TAXA MENSAL e será devida por si e pelos demais Beneficiários, individualmente, inscritos no presente Regulamento, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na cláusula XIII, respeitadas as faixas etárias dos beneficiários inscritos e sua proporção na Taxa Global.

Em casos de atraso no pagamento da Taxas Mensais, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da Taxa Mensal, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculados dia a dia.

O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

O pagamento deverá ser feito até o dia de cada mês escolhido na Proposta de Adesão, podendo ser feito através de Desconto em Conta Bancária ou através de Boleto Bancário.

XII - REAJUSTE

A mensalidade será reajustada na data do aniversário do regulamento cuja periodicidade é de 12 meses e com os índices divulgados e autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetuados nos termos da Lei 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente.

Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

Poderá ocorrer o reajuste decorrente da impactação, na estrutura de custo da Contratada, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Regulamento; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da

Fls 11/13

utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente e a sua aplicação estará sujeita à aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Haverá reajuste também na mudança de faixa etária conforme tema XIII deste instrumento jurídico.

Não haverá reajuste por mudança de faixa etária, quando o beneficiário completar 60 (sessenta) anos de idade, desde que inscrito no presente regulamento por mais de 10 (dez) anos.

XIII - FAIXAS ETÁRIAS

A variação do preço das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários, no curso do regulamento, obedecerá a tabela abaixo e respectivos percentuais, os quais serão aplicados sempre sobre o valor da mensalidade que prevalecia no mês imediatamente anterior ao mês de mudança de faixa etária, prevalecendo o novo preço a partir do mês da mudança.

Faixa etária Acréscimos

00-18 Sem acréscimos

19-23: 31,29% Sobre o preço estabelecido para a faixa 1

24-28: 07,92% Sobre o preço estabelecido para a faixa 2

29-33: 09,81% Sobre o preço estabelecido para a faixa 3

34-38: 15,71% Sobre o preço estabelecido para a faixa 4

39-43: 13,89% Sobre o preço estabelecido para a faixa 5

44-48: 12,19% Sobre o preço estabelecido para a faixa 6

49-53: 13,47% Sobre o preço estabelecido para a faixa 7

54-58: 18,76% Sobre o preço estabelecido para a faixa 8

59 ou mais: 45,17% Sobre o preço estabelecido para a faixa 9

Fica estabelecido que os valores fixados para a faixa 10 não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da faixa 1, e que a variação acumulada entre a faixa 7 e a faixa 10, não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 e a faixa 7, conforme estabelecido no art. 3º da Resolução RN 63, de 22 de dezembro de 2003.

Os valores nestas faixas etárias obedecem ao disposto no art. 2º da Resolução CONSU nº 06, de 01 de novembro de 1998, ou seja, o valor da última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira.

No caso de opção pelo agravamento das mensalidades, em decorrência de doença ou lesão pré-existente os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados sobre o valor da mensalidade já agravada.

XIV - BÔNUS - DESCONTOS

O presente Regulamento não dá direito a Bônus ou descontos de qualquer natureza.

XV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Regulamento será rescindido de pleno direito, após a devida notificação, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

a) Sempre que, por fraude, obtiver o (a) Contratante e/ou seu (s) beneficiário (s) qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da Contratada.

b) O atraso no pagamento da Taxa Mensal, por período superior a sessenta (60) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze (12) meses de vigência do presente Regulamento, implicará na sua suspensão ou rescisão automática, desde que a Contratada tenha

Fls 12/13

comunicado ao (a) Contratante, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50) dia de atraso, cumulado ou consecutivo, mediante o devido processo legal.

O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

A rescisão contratual, por iniciativa do (a) Contratante, somente poderá se dar mediante solicitação escrita a ser encaminhada à Contratada, com antecedência mínima de trinta dias.

O (A) CONTRATANTE obriga-se a devolver, incontinentemente, à CONTRATADA, os cartões de identificação dos beneficiários deste regulamento, em caso de sua exclusão, ou do beneficiário dependente, no ato da sua exclusão, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Regulamento.

XVI - RESCISÃO

Por tratar-se de uma operadora de Autogestão não patrocinada, não se aplica a rescisão.

XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

A CONTRATADA opera Planos de Assistência à Saúde, prestando os respectivos serviços através de meios de execução próprios e/ou contratando, mediante credenciamento, terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto, ao passo que o (a) CONTRATANTE, assim como seus dependentes, indicados neste instrumento, a partir desta data e nas condições aqui pactuadas, são considerados beneficiários integrantes do Plano Privado de Assistência à Saúde, operado pela CONTRATADA, mencionado neste Regulamento.

Os dependentes do (a) CONTRATANTE, juntamente com este (a), considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, são melhor identificados na Ficha de Inscrição e Proposta de Admissão que acompanham o presente Regulamento, que, rubricadas pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins e direitos.

Em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, deverá o beneficiário comunicar por escrito à CONTRATADA, para que esta tome as providências cabíveis, sob pena do mesmo arcar com as despesas que advenham desta utilização.

As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta, a partir de então todas as despesas decorrentes da internação.

Em caso de falecimento de Titular, o prazo para habilitação ou regularização dos dependentes será de 50 (cinquenta) dias, após o óbito.

XVIII - ELEIÇÃO DE FORO

E assim, por estarem concordes, nos termos acima, as partes firmam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor.

Fernandópolis _____ de _____ de _____

ASSOCIADO

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - APAS - Fernandópolis

Fls 13/13