

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Fernandópolis / SP

PLANO COLETIVO POR ADEÇÃO

APAS SAÚDE

Condições Gerais

Cobertura Ambulatorial,
Hospitalar com Obstetrícia
→ENFERMARIA

Índice

APAS SAÚDE – Coletivo Por Adesão

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

PROPOSTA DE ADESÃO	3
A – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	5
B – QUALIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR.....	5
C – NOME COMERCIAL E Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS.....	5
D – TIPO DE CONTRATAÇÃO	5
E - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	5
F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	6
G - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:	6
H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	6
I - FORMAÇÃO DO PREÇO	6
J - DADOS GERAIS	6
Cláusula 1ª - ATRIBUTOS DA PROPOSTA DE ADESÃO	7
Cláusula 2ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	7
Cláusula 3ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	9
3.7. Do Plano Ambulatorial	9
3.8. Do Plano Hospitalar.....	11
3.9. Do Plano Hospitalar com Obstetrícia	15
Cláusula 4ª - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	15
Cláusula 5ª – PERÍODO INICIAL DE VIGÊNCIA	19
Cláusula 6ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA	19
Cláusula 7ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	20
Cláusula 8ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REEMBOLSO.....	22
Cláusula 9ª - REMOÇÃO	23
Cláusula 10ª - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	24
Cláusula 11ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	24
11.24. DA COPARTICIPAÇÃO	28
11.24.3. Segmento Ambulatorial:	28
11.24.4. Seguimento Hospitalar:.....	29
Cláusula 12ª - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	29
Cláusula 13ª - REAJUSTE.....	30
Cláusula 14ª - FAIXAS ETÁRIAS.....	32
Cláusula 15ª - BÔNUS - DESCONTOS.....	32
Cláusula 16ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	32
Cláusula 17ª - RESCISÃO.....	33
Cláusula 18ª - DISPOSIÇÕES GERAIS	33
Cláusula 19ª - PROTEÇÃO DE DADOS.....	34
Cláusula 20ª - ELEIÇÃO DE FORO	40

Nº

PROPOSTA DE ADESÃO

O **PROPONENTE TITULAR** abaixo qualificado, ao final assinado, através desta proposta, firma sua **ADESÃO**, bem como dos dependentes aqui indicados, ao plano **APAS SAÚDE**, registrado na ANS sob o nº 464.354/11-2, Coletivo por Adesão, Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, com previsão de Coparticipação, acomodação Coletiva e área de cobertura limitada a um Grupo de Municípios, declarando estar ciente e de acordo com as condições gerais definidas no Regulamento (Contrato registrado na ANS e Regimento Interno da APAS).

NOME (Titular)				Posto/Grad	RE/MAT CBPM
Sexo:	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Est Civil	
[]M []F	RG	CPF	CNS		
Filiação					
Endereço			Bairro	CEP	
Cidade			UF	Tel Res	
Email			Fone Com	Cel	

Autorizo a APAS a processar o desconto em minha conta bancária dos valores correspondentes às mensalidades do referido plano.

BANCO (Somente Santander e Banco do Brasil)	CÓD	AGÊNCIA	CONTA
---	-----	---------	-------

Local	Data	Assinatura do Titular
-------	------	-----------------------

DEPENDENTES

(Dep1) NOME				Parentesco
Sexo:	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nasc Vivo
[]M []F	RG	CPF	CNS	
Filiação				

(Dep2) NOME				Parentesco
Sexo:	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nasc Vivo
[]M []F	RG	CPF	CNS	
Filiação				

CONDIÇÕES GERAIS

PLANO COLETIVO POR ADESÃO APAS 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 Silveiras, 3014, Bairro Coester, CEP 15603-087, 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 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o n.º 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 BENEFICIÁRIO TITULAR

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

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

Plano: APAS Saúde

Registro do Produto na ANS: 464.354/11-2

D – TIPO DE CONTRATAÇÃO

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a contratante vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

E - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

A segmentação assistencial assegurada por este contrato é a definida como Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, que seguirá as exigências dos normativos da Agência nacional de Saúde Suplementar/ANS, bem

como o Rol de Procedimentos da Resolução Normativa ANS nº 465 de 24 de fevereiro de 2021 e suas atualizações.

F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Nos termos da legislação vigente, os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como grupo de municípios.

6

G - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

A área de atuação compreende os Municípios de Fernandópolis, Jales, Nhandeara, Santa Fé do Sul e Votuporanga, todos localizados no Estado de São Paulo.

H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

1. O Beneficiário terá direito, em caso de internação hospitalar, a cobertura para acomodação coletiva (Enfermaria - Quarto coletivo).

1.1. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

2. O Beneficiário que optar por internação hospitalar em acomodação superior a seu plano, se tornará direta e unicamente o responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos).

2.1. Os valores da diferença serão acertados diretamente pelo Beneficiário com o serviço/hospital e a equipe médica.

3. As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, em quartos de 2 a 3 leitos, sem direito a acompanhantes, exceto nos casos de Beneficiários menores de 18 anos e maiores de 60 anos. As despesas por utilização diversa da acomodação citada correrão por conta do usuário, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados da CONTRATADA, conforme disposto no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.

I - FORMAÇÃO DO PREÇO

Este plano será custeado no regime de preço preestabelecido, onde o valor da contraprestação pecuniária é calculado pela CONTRATADA antes da utilização das coberturas contratadas.

J - DADOS GERAIS

Fator Moderador: Coparticipação

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

Cláusula 1ª - ATRIBUTOS DA PROPOSTA DE ADESÃO

1.1. A presente proposta de adesão tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, por intermédio de rede própria ou contratada, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando exclusivamente à cobertura dos procedimentos específicos da segmentação assistencial contratada (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia), de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

1.2. Este instrumento tem as características de proposta de adesão, bilateral, com a geração de direitos e obrigações para ambas as partes, na norma do Código Civil Brasileiro, estando, também, sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

1.3. Este instrumento tem a característica de proposta de adesão aleatório, de maneira que a prestação da assistência, pode vir ou não a acontecer, na qualidade de acontecimentos incertos, mas se mantém, de qualquer forma, a obrigação de pagamento integral da contraprestação.

1.4. Trata-se de um regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características da proposta de adesão.

Cláusula 2ª - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

2.2. Podem ser inscritos no plano, como **BENEFICIÁRIOS TITULARES**, aqueles que comprovem ter com a Associação Mantenedora, algum do(s) seguinte(s) vínculo(s):

- I. Associado Policial Militar Ativo;
- II. Associado Policial Militar Inativo;

2.3. Podem ser inscritos pelo Titular, como **BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:

- I. Cônjuge ou Companheiro(a) do Associado Titular, que comprove união estável como entidade familiar, conforme a Lei Civil, mediante Declaração Pública de União Estável registrada em Cartório ou Tabelião Público;

II. Cônjuge ou Companheiro(a) que comprove união estável como entidade familiar com o (a) filho(a) do Associado Titular, conforme a Lei Civil e mediante declaração pública registrada em cartório ou Tabelião Público;

- a. Filhos, de qualquer condição ou sexo, bem como os filhos considerados inválidos para o trabalho, de acordo com laudo médico, e os incapazes civilmente, desde que, nos dois últimos casos, vivam, comprovadamente, sob a dependência econômica do militar, Associado Titular;
- b. Os contribuintes inscritos, obrigatoriamente, para efeitos de pensão;
- c. Netos e bisnetos do Associado Titular.

2.4. Na falta de decisão judicial com trânsito em julgado reconhecendo a união estável, o companheiro ou companheira deverá comprová-la conforme estabelecido em norma regulamentar e/ou declaração pública registrada em cartório.

2.4.1. Para os fins deste artigo, **equiparam-se aos filhos legítimos:**

- I. Os enteados, enquanto durar o casamento ou união estável;
- I. Os menores sob guarda judicial;
- III. Os menores sob tutela ou curatela, desde que comprovadamente vivam sob a dependência econômica do Beneficiário Titular.

2.5. A assistência do beneficiário, temporariamente incapaz, será devida enquanto perdurar a incapacidade.

2.6. O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seus dependentes terá assegurada a 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, **desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, e a carência de 180 (cento e oitenta) dias já tenha sido cumprida pelo pai, mãe ou adotantes.**

2.7. Em caso de inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Associado Titular ou Dependente.

2.8. O associado titular poderá optar pela inclusão ou não de seus dependentes legais, porém a adesão do grupo familiar dependerá da participação obrigatória do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

2.9. A declaração de saúde dos dependentes menores de 18 anos será assinada pelo titular responsável.

2.10. O beneficiário, por ocasião da utilização da garantia assistencial assegurada por este instrumento, será identificado pela credencial da APAS, que deverá ser apresentada junto com documento de identidade com foto ou mediante a utilização de outros mecanismos de confirmar da identidade.

2.11. A adesão do associado implica na aceitação das condições deste plano de saúde registrado na ANS.

Cláusula 3ª - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Respeitados os prazos de carência, de suspensão da cobertura para doenças e lesões preexistente, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste instrumento, os beneficiários terão cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares, taxativamente relacionados pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, relacionados às doenças classificadas no CID-10, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), as Diretrizes Clínicas, que definem os critérios para a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos listados no referido Rol.

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

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida na proposta de adesão, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

3.7. Do Plano Ambulatorial

3.7.1. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para:

- I. Consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente,

mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput;

III. Consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix, de acordo com o estabelecido nas Diretrizes de Utilização e Clínicas;

IV. Sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde e seus anexos;

V. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no rol e seus Anexos, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VI. Ações de planejamento familiar, listadas no rol e seus anexos, para segmentação ambulatorial;

VII. Remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

VIII. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

IX. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

X. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto no rol e seus anexos e, preferencialmente, as seguintes características:

a. Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e

b. Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA.

XI. Procedimentos de radioterapia listados no rol e seus anexos, para a segmentação ambulatorial;

XII. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do rol e seus anexos;

XIII. Hemoterapia ambulatorial; e

XIV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no rol e seus anexos;

XV. O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

XVI. A psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.

§ 1º Além das exclusões previstas na cláusula específica a seguir, são exclusões próprias da segmentação ambulatorial:

- I. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;
- II. Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- III. Embolizações.

§ 2º Para efeitos do disposto no inciso I do item 3.7.1 acima, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

3.8. Do Plano Hospitalar

3.8.1. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste item e, devendo garantir cobertura para:

- I. Internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;
- II. Quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos:

- a. Somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano contratual; e
- b. A coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

III. Atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com o disposto nos Anexos do Rol de Procedimentos;

IV. Transplantes listados nos Anexos do Rol de Procedimentos, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a. As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;
- b. Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c. O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras vinte e quatro horas da realização da cirurgia) e mediato (entre vinte e quatro horas e quarenta e oito horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de quarenta e oito horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
- d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

V. Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a. Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b. Que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

VI. Órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos do Rol de Procedimentos;

VII. Despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a. Menores de 18 anos;
- b. Idosos a partir dos 60 anos de idade; e

c. Pessoas com deficiência e/ou portadores de necessidades especiais;

VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos do Rol de Procedimentos, para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

X. Procedimentos ambulatoriais, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus anexos, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

a. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b. Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso IX do item 3.7 acima;

c. Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, previstas nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

d. Procedimentos radioterápicos;

e. Hemoterapia;

f. Nutrição parenteral ou enteral;

g. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

h. Radiologia intervencionista;

i. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e

j. Procedimentos de reeducação e reabilitação física.

XI. O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

XII. Atendimento em hospital-dia para o tratamento de transtornos mentais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, cuja atenção prestada aos portadores

de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

§1º Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico deverá observar as seguintes regras:

- a. Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência.

§2º Para fins do disposto no inciso X do item 3.8 acima, a cobertura do procedimento será obrigatória uma vez atendida a diretriz de utilização descrita no Anexo do rol de procedimentos e eventos em saúde, quando houver.

§3º Para fins do disposto no inciso IV, do item 3.8, os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

§4º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§5º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§6º São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a. Determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
- b. Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§7º Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da Resolução Normativa nº 259, de 2011, são considerados procedimentos de emergência.

3.9. Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

3.9.1. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no item 3.8, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, além das seguintes garantias:

15

I. Cobertura para as despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a. Pré-parto;
- b. Parto; e
- c. Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu (sua) dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III. Inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular ou seu dependente desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listado nos Anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar vigente à época do evento, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetritz habilitados, conforme legislação vigente sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, ou referenciamento.

Cláusula 4ª - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. 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 e neste instrumento;

II. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: ligações telefônicas, lavagem de roupas, dieta ou produtos não prescritos pelo médico responsável, produtos de higiene pessoal, serviços extraordinários requeridos pelo beneficiário tais como, televisão, aparelho de ar-condicionado, frigobar, estacionamento, indenização por dano ou destruição de objetos, ou outras despesas que

excedam o limite e condições do contrato, caso ocorram, serão custeadas diretamente pelos beneficiários;

III. Enfermagem ou cuidador em caráter particular;

IV. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

V. Avaliações pedagógicas;

VI. Orientações vocacionais;

VII. Tratamento, acompanhamento e atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem ou de cuidador domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora, em substituição à internação hospitalar;

VIII. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, isto é:

a. Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b. É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou

c. Faz uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvado os casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro da ANVISA, desde que:

I) A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II) A ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

IX. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

X. Inseminação artificial e exame de paternidade;

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 Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS - CONITEC;
- XIX. Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- XX. Aplicação de vacinas, exceto as fornecidas em campanha de vacinação levadas a efeito pela APAS;
- 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. Aviamento de óculos, gesso sintético, aparelhos ortopédicos, aparelhos de surdez, aparelhos destinados à reabilitação ou complementação de função, exceto quando expressamente determinado pela ANS;
- XXIII. Todo e qualquer procedimento médico, odontológico, clínico, cirúrgico, laboratorial e de diagnóstico que não esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época 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;
- XXVII. Despesas hospitalares de iniciativa do beneficiário e não prescritas pelo médico assistente;
- XXVIII. Internações hospitalares fora das condições previstas na proposta de adesão, em hospitais de alto custo, em hospitais não credenciados e hospitais com tabela própria de remuneração;
- XXIX. Acomodação hospitalar em padrão de conforto superior ao estabelecido na proposta de adesão, salvo na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados, quando será garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional;
- XXX. Todas as despesas com acompanhante, inclusive alimentação, exceto quando se tratar de paciente menor de 18 anos, maior de 60 anos, portador de necessidade especial e da mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- XXXI. Procedimento assistencial, diagnóstico ou terapêutico, realizado à revelia da CONTRATADA;
- XXXII. Hidroterapia, hidroginástica, RPG, Therasuit, Equoterapia, Pilates, Cueva, Musicoterapia, PediaSuit e Treini;
- XXXIII. Despesas com consultas, tratamentos, exames, procedimentos terapêuticos ou diagnósticos e internações realizadas antes do início da cobertura ou durante o cumprimento dos prazos de carências previstos nesta proposta;
- XXXIV. Procedimentos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade e internações em leito de alta tecnologia (UTI/CTI) realizados durante a suspensão da cobertura, quando exclusivamente relacionados a doenças e lesões preexistentes;
- XXXV. Internações e demais despesas efetuadas exclusivamente para a realização de exames diagnósticos que não justifiquem a internação;
- XXXVI. Qualquer ato ilícito devidamente comprovado;
- XXXVII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XXXVIII. Cirurgias para mudança de sexo;
- XXXIX. Procedimentos e eventos que não observem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis e estabelecidos nas Diretrizes de Utilização – DUT, editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- XL. Implantes e transplantes de fígado, coração, pâncreas, pulmão ou outro de qualquer natureza, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

XLII. Despesas com doadores e do acompanhamento pós-operatório imediato e tardio de implantes e transplantes não cobertos;

XLIII. Todo e qualquer método contraceptivo, exceto os previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

XLIV. Exames para transplantes não cobertos pelo plano.

Cláusula 5ª – PERÍODO INICIAL DE VIGÊNCIA

5.1. A presente adesão passará a vigorar a partir da assinatura deste instrumento e da proposta de adesão, que também será a data inicial de contagem dos prazos de carências estabelecidos neste instrumento e no regulamento.

5.2. A presente adesão vigorará pelo prazo inicial de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento e da Proposta de Adesão e será prorrogado automaticamente, por iguais períodos sucessivos, se não houver manifestação contrária das partes.

5.3. Na prorrogação da vigência desta adesão, 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.

5.4. A responsabilidade da OPERADORA, pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados, cessa no último dia da vigência desta adesão, ficando sob a responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR o pagamento das despesas ocorridas a partir dessa data.

Cláusula 6ª - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Não será exigido o cumprimento de prazos de carências se:

a. A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração da proposta de adesão;

b. O beneficiário se vincular à Associação após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão em 30 (trinta) dias após a data de aniversário deste plano coletivo.

6.2. Após o transcurso dos prazos definidos acima, se exigido o cumprimento dos prazos contratuais de carências e a contagem, para cada beneficiário, se dará a partir de seu ingresso.

6.3. O associado (beneficiário titular) e seus dependentes, deverão obedecer e cumprir os seguintes prazos de 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.

6.4. Na transferência para plano com cobertura de maior amplitude, ou previsão de acomodação superior, o beneficiário deverá cumprir prazo de carência de 90 (noventa) dias para novas coberturas e padrão de acomodação, não constantes na categoria anterior.

6.5. Para efeito de contagem de carências, no caso de mudança de plano a que alude o item acima, será considerado o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente à da solicitação de alteração de plano.

6.6. O pagamento antecipado das contraprestações pecuniárias mensais não elimina nem reduz os prazos de carência deste instrumento.

6.7. A inclusão de dependentes, posterior à adesão do associado titular, sujeitará o novo beneficiário ao cumprimento dos prazos de carências, exceto quando se tratar de filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, o qual aproveitará os períodos de carências já cumprimentos pelo adotante.

6.8. A inscrição de recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, pai ou mãe da criança, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Cláusula 7ª - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. 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 à presente proposta, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral da proposta de adesão, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

7.2. 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 artigo 4º da Lei nº 9.961/2000 e as Diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

7.3. 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.

21

7.4. 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.

7.5. 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.

7.6. 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 consequências da omissão de informações.

7.7. 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.

7.8. A CONTRATADA não oferece Cobertura Parcial Temporária, e não faculta a oferta de agravo, não cabendo alegação de omissão de informação.

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

7.10. 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.

7.11. 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.

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

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

7.14. 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 da proposta de adesão.

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

22

Cláusula 8ª - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REEMBOLSO

8.1. 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 e como atendimento de urgência, aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

8.2. Os atendimentos de urgência e emergência, serão prestados pelos plantonistas dos hospitais credenciados na área de abrangência geográfica deste plano, delineada neste instrumento.

8.3. Fora da área de abrangência, em situações de urgência ou emergência, os usuários poderão se beneficiar do atendimento do Hospital da Cruz Azul em São Paulo.

8.4. 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.

8.5. 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.

8.6. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal é garantido sem restrições após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura desta proposta de adesão.

8.7. 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.

8.8. 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, poderão ser reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os limites praticados pela Operadora com a Rede Credenciada e desde que requeridas em até 30 (trinta) dias após a data do evento.

8.9. Igualmente, poderão ser reembolsáveis os casos previamente autorizados pela APAS e realizados por prestador não credenciado, em razão de especialidade médica ou procedimento de cobertura obrigatória inexistente na área de abrangência geográfica

8.11. Para obtenção do reembolso, o usuário deverá preencher formulário próprio da APAS, bem como enviar à operadora os originais dos seguintes documentos:

23

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

b. Recibos individuais quitados dos honorários médicos ou Nota Fiscal quitada, quando se tratar de pessoa jurídica. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

- Nome completo do paciente;
- CPF 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. Conta hospitalar com a discriminação de cada item que a compõe, diária, taxas, fisioterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados,

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

8.12. Após a devida análise pela Administração e Auditoria, a APAS procederá o reembolso de acordo com o valor correspondente aos serviços contratados na área de cobertura e descontados a coparticipação ou franquia, por depósito ou transferência bancária, a favor do titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada.

8.13. Não são reembolsáveis as despesas extraordinárias do beneficiário.

Cláusula 9ª - REMOÇÃO

9.1. Fica garantida a remoção em ambulância terrestre, 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.

9.2. 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 seu registro na unidade do SUS, e dentro da abrangência geográfica do plano contratado.

9.3. 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.

9.4. 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.

9.5. 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.

Cláusula 10ª - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

10.1. Este plano não contempla acesso a livre escolha de prestadores.

Cláusula 11ª - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1. A proposta de adesão, ao qual o beneficiário titular formaliza sua adesão por meio desta proposta, com a devida ciência a todos os termos da presente Condições Gerais, não assegura Acesso à Livre Escolha de Prestadores.

11.2. Para a realização das coberturas assistenciais contratadas, a OPERADORA irá adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, para gerenciar e regular a demanda de utilização dos serviços prestados, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissionais, sob a égide da Lei 9.656 de 1998 e quaisquer outras Regulamentações pertinentes, de maneira que, os beneficiários deverão observar os seguintes mecanismos 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. Para viabilizar o atendimento, a CONTRATADA expedirá o cartão de identificação aos beneficiários, contendo as informações sobre o tipo de plano, carências e outros dados necessários, o qual deverá ser exibido para o acesso às coberturas disponibilizadas neste instrumento.

III. É imprescindível que o BENEFICIÁRIO solicite autorização prévia para os procedimentos de alta complexidade, nos canais de comunicação disponibilizados pela OPERADORA, garantido o tempo de resposta ao pedido conforme determinado pela Resolução Normativa 259 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

IV. Sempre dependerão de prévia autorização, respeitadas as situações de urgência ou emergência e os prazos de garantia de atendimento, os seguintes procedimentos médicos e eventos a seguir relacionados:

- a. Internações eletivas, clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas;
- b. Consultas, exames e internações fora da área de abrangência geográfica de cobertura;
- c. Serviços auxiliares de diagnose, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cineangiocoronariografia e cintilografia;
- d. Tratamentos como diálise, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, rádio-iodo-terapia,
- e. Procedimentos classificados como de Alta Complexidade.

V. A OPERADORA poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, para que possa aferir o cumprimento dos requisitos e parâmetros estabelecidos pelas Diretrizes Clínicas e de Utilização, ou caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

VI. A OPERADORA poderá determinar a realização de perícias médicas, exames e inspeções, com o objetivo de fiscalizar os serviços contratados, ficando obrigada, por outro lado, a apurar as reclamações escritas apresentadas pelo BENEFICIÁRIO.

VII. Este Plano possui mecanismo financeiro de regulação, na forma de fator moderador e na modalidade COPARTICIPAÇÃO, que é a participação a ser paga pelo beneficiário, diretamente à operadora, posteriormente a realização de cada procedimento, com o objetivo de evitar o uso descontrolado do sistema e como forma de garantir o equilíbrio financeiro do plano e o uso racional e criterioso das coberturas assistenciais. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação estão descritos abaixo, em percentuais e valores estipulados segundos os parâmetros dos atos normativos da ANS, vigentes à época da adesão.

VIII. Aos beneficiários é garantido, nos casos de divergências médicas, a definição do impasse será realizada através de junta médica, constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelos usuários, por médico da operadora e por um terceiro desempassador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

IX. Fica reservado à APAS o direito de auditar e/ou periciar todo e qualquer procedimentos médico realizado e/ou solicitado pelos prestadores de serviços, sejam eles credenciados ou não, em especial, os procedimentos realizados em atendimentos de urgência e emergência na modalidade de reembolso, resguardados os preceitos éticos.

11.3. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos nestas condições gerais, na área de abrangência discriminada no presente instrumento, por médicos credenciados e/ou referenciados, estritamente de acordo com o guia médico do plano contratado.

11.3.1. Os procedimentos e eventos ambulatoriais, as internações clínicas, cirúrgicas (inclusive bucomaxilofacial) ou obstétricas, serão realizados pelos prestadores credenciados ou referenciados, discriminados no Guia Médico, mediante a apresentação da guia de solicitação de serviços emitida e subscrita pelo médico assistente e, quando necessário, da guia de autorização da OPERADORA.

11.4. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar o pedido de autorização, mediante a apresentação da guia de solicitação de autorização, subscrita por seu médico assistente, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas de assistência médica.

11.5. Os beneficiários deste instrumento obrigam-se, ao se internarem em situações eletivas, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, um documento de identidade com foto e o cartão de identificação de beneficiário emitido pela CONTRATADA.

11.6. A estimativa do prazo de internação será fixada pelo médico assistente do beneficiário e deverá constar da guia expedida com essa finalidade.

11.7. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação, previamente autorizada, o beneficiário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA, a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente com a devida justificativa.

11.8. O regime de internação em hospital-dia será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.

11.9. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas, serão autorizados em regime de internação hospitalar.

11.10. Está à disposição do beneficiário, para consulta, download ou impressão, no site da contratada, o guia médico do plano contratado, que informa a relação da rede prestadora de serviços de saúde.

11.11. Os procedimentos médico-hospitalares de alta complexidade, prescritos por médicos assistentes, estarão sujeitos à autorização prévia da Auditoria Médica da OPERADORA, sendo que o tempo de resposta ao pedido será dado conforme determinado pela Resolução Normativa 259 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

11.12. Nas hipóteses de urgência ou emergência, não deverão ser utilizadas rotinas administrativas que dificultem o acesso aos serviços cobertos por este plano e o beneficiário terá direito a internação imediata, obrigatoriamente em Hospitais Contratados e /ou Credenciados da área de cobertura contratual, ficando excluídos os Hospitais que se utilizam de Tabelas próprias, devendo providenciar a autorização de internação hospitalar expedida pela OPERADORA, até 02 dias úteis seguintes ao da hospitalização, sob pena da ASSOCIAÇÃO não se responsabilizar por qualquer despesa.

11.13. Quando houver indisponibilidade comprovada de prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a OPERADORA providenciará:

a. Oferta de outro prestador que não integre a rede assistencial no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto para o qual o beneficiário requereu atendimento; ou

b. Oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para o qual o beneficiário requereu atendimento.

27

11.14. Na hipótese de indisponibilidade de prestador, todo e qualquer pagamento a prestador não integrante de sua rede assistencial deverá ser negociado e efetuado pela CONTRATADA.

11.15. Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

11.16. Quando comprovadamente inexistir prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente, a CONTRATADA providenciará:

a. Oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para o qual o beneficiário requereu atendimento; ou

b. Oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município para o qual o beneficiário requereu o atendimento.

c. Nestes casos, o transporte correrá à custa do beneficiário.

11.17. Na inexistência no município de origem, nos municípios limítrofes e na região de saúde, a CONTRATADA garantirá o transporte do beneficiário até o prestador apto a realizar o procedimento/atendimento e o seu retorno, escolhendo o meio de transporte em conformidade com a condição de saúde do beneficiário.

11.18. A garantia de transporte prevista nos itens acima não se aplica aos serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou, quando previstos, contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

11.19. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital.

11.20. Se não houver disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

11.21. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas ou não, bem como eventual negociação que

tenha por objeto procedimentos/eventos ou outras despesas não cobertas pelo presente instrumento, sendo que essas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

11.22. A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

11.23. 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.

11.24. DA COPARTICIPAÇÃO

11.24.1. Para cada procedimento realizado, o beneficiário titular obriga-se a pagar para a operadora, juntamente com a contraprestação pecuniária, os percentuais ou valores estabelecidos abaixo, a título de coparticipação.

11.24.2. Os valores a título de coparticipação serão reajustados anualmente, conforme disposições estabelecidas na Cláusula de Reajuste, no mesmo índice estipulado para a contraprestação pecuniária.

11.24.3. Segmento Ambulatorial:

Coparticipação de 25% (vinte e cinco por cento) do valor praticado com a rede credenciada, para cada Consulta médica eletiva realizada.

Coparticipação de 10% (dez por cento) do valor praticado com a rede credenciada, para cada Consulta médica de urgência/emergência (Pronto socorro ou pronto atendimento).

Coparticipação de 10% (dez por cento) do valor praticado com a rede credenciada, para cada sessão ou consulta multidisciplinar (psicologia, nutrição, terapia ocupacional, acupuntura, fonoaudiologia, fisioterapia) realizada.

Coparticipação de 10% (dez por cento) do valor praticado com a rede credenciada, para cada procedimento/evento auxiliar de Apoio Diagnóstico e/ou Terapêutico.

Coparticipação de 10% (dez por cento) do valor praticado com a rede credenciada, para cada Exame Especial de Apoio Diagnóstico e de Tratamento.

Coparticipação equivalente a 10% (dez por cento) do valor praticado com a rede credenciada, para cada Procedimento/Evento Básico, realizado fora do regime de internação hospitalar, a nível ambulatorial.

Coparticipação equivalente a 10% (dez por cento) do valor praticado com a rede credenciada, para cada Procedimento/Evento Especial, realizado fora do regime de internação hospitalar, a nível ambulatorial.

11.24.4. Seguimento Hospitalar:

Coparticipação no importe de R\$ 100,00 (cem reais) para cada Internação clínica, psiquiátrica ou cirúrgica, observada a cobertura integral de 30 (trinta) dias, assegurada para a internação psiquiátrica.

29

11.25. Será entregue ao BENEFICIÁRIO TITULAR, quando de sua inscrição, cópia do regulamento e carteira de identificação.

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

11.25.2. 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.

11.25.3. 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.

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

11.25.5. 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, com ou sem a cobrança de pagamento ou taxas.

Cláusula 12ª - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

12.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial é preestabelecido e a responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária, juntamente com as coparticipações, será do Beneficiário Titular.

12.2. A contraprestação pecuniária que o Beneficiário Titular pagará à Operadora, decorrente da presente adesão, denomina-se TAXA MENSAL e será devida por si e pelos demais Beneficiários, individualmente inscritos a este Plano Coletivo por Adesão, cujo valor, nesta data, corresponde às quantias relacionadas abaixo, respeitadas as faixas etárias de cada beneficiário inscrito.

FAIXA ETÁRIA	Valor Per Capita
00 a 18 anos	R\$
19 a 23 anos	R\$
24 a 28 anos	R\$
29 a 33 anos	R\$
34 a 38 anos	R\$
39 a 43 anos	R\$
44 a 48 anos	R\$
49 a 53 anos	R\$
54 a 58 anos	R\$
Acima de 59 anos	R\$

12.2. Em casos de atraso no pagamento das Taxas Mensais, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da correção monetária, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los, além de juros moratórios na ordem de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia).

12.3. O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não tem o condão de quitar débitos anteriores, certo que o pagamento deverá ser feito até o 5º (quinto) dia útil, estabelecido como vencimento, mediante débito em conta bancária.

12.4. Se o Beneficiário Titular não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Cláusula 13ª - REAJUSTE

13.1. A mensalidade será reajustada anualmente, no mês de dezembro, de acordo com os índices divulgados e autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais/familiares e por ocasião de alteração da faixa etária de qualquer beneficiário, conforme estabelecido na cláusula 13 abaixo.

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

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

13.4. Poderá ocorrer o reajuste decorrente do impacto, na estrutura de custo da Contratada, de fatores incontrolláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Plano; 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 da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços, que, em qualquer caso, acarrete o desequilíbrio econômico financeiro do plano.

31

13.4.1. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

13.4.2. Nesta hipótese, constatado desequilíbrio econômico-financeiro, os valores deste instrumento serão reajustados de acordo com a seguinte fórmula:

$$R = (S / SM) - 1$$

Onde: S – Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato = 70 %

13.5. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item acima, ele deverá ser procedido de forma complementar ao índice inflacionário e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

13.6. Afora os reajustes anuais, os valores das mensalidades serão reajustados quando houver alteração das faixas etárias dos beneficiários vinculados a este plano coletivo.

13.7. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

13.8. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral em dezembro, entendendo-se esta, como data base única.

13.9. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em uma determinada proposta de adesão.

13.10. Nenhuma proposta poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

13.11. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

13.12. O percentual de reajuste será aplicado na mensalidade, coparticipação e demais taxas constantes neste instrumento.

Cláusula 14ª - FAIXAS ETÁRIAS

14.1. A variação do preço das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários, no curso deste instrumento, 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.

32

FAIXA ETÁRIA	PERCENTUAL DE ACRÉSCIMO
De 00 a 18 anos	Sem acréscimo
De 19 a 23 anos	31,29% Sobre o preço estabelecido para a faixa 1
De 24 a 28 anos	07,92% Sobre o preço estabelecido para a faixa 2
De 29 a 33 anos	09,81% Sobre o preço estabelecido para a faixa 3
De 34 a 38 anos	15,71% Sobre o preço estabelecido para a faixa 4
De 39 a 43 anos	13,89% Sobre o preço estabelecido para a faixa 5
De 44 a 48 anos	12,19% Sobre o preço estabelecido para a faixa 6
De 49 a 53 anos	13,47% Sobre o preço estabelecido para a faixa 7
De 54 a 58 anos	18,76% Sobre o preço estabelecido para a faixa 8
59 anos ou mais	45,17% Sobre o preço estabelecido para a faixa 9

14.2. Fica estabelecido que, os valores fixados para a 10ª (décima) faixa, não poderão ser superiores a 6 (seis) vezes o valor da 1ª faixa e que a variação acumulada entre a 7ª (sétima) faixa e a 10ª (décima) faixa, não poderá ser superior a variação acumulada entre a 1ª (primeira) faixa e a 7ª (sétima) faixa.

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

Cláusula 15ª - BÔNUS - DESCONTOS

15.1. A presente adesão e respectivas condições gerais não contemplam direito a Bônus ou descontos de qualquer natureza.

Cláusula 16ª - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o beneficiário será excluído 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 beneficiário(a) titular e/ou seu(s) dependente(s) qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da Contratada.
- b. Em decorrência do julgamento e confirmação de omissão da ciência da preexistência de doença e/ou lesão preexistente, pela ANS;

c. Prestar declarações falsas que possibilitem o ingresso do beneficiário ao quadro de associados ou dependentes;

d. O atraso no pagamento da Taxa Mensal, por período superior a sessenta (60) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze (12) meses de vigência deste instrumento, implicará na sua suspensão ou exclusão automática, desde que a Contratada tenha comunicado ao(à) titular, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso;

e. Extinção do vínculo associativo

f. Perda da qualidade de dependente.

16.2. A solicitação de exclusão, por iniciativa do (a) titular, poderá ocorrer a qualquer tempo, após a vigência inicial, mediante solicitação escrita a ser encaminhada à Contratada

16.3. O Beneficiário Titular obriga-se a devolver, incontinentemente, à CONTRATADA, os cartões de identificação dos beneficiários deste instrumento, 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.

Cláusula 17ª - RESCISÃO

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

17.2. Eventual encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com o Estatuto Social da OPERADORA, em total respeito às regras estabelecidas, notadamente quanto à instância decisória competente.

Cláusula 18ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. A CONTRATADA opera Plano 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) Beneficiário(a) Titular, assim como seus dependentes, indicados neste instrumento, a partir desta data e nas condições aqui pactuadas, são considerados beneficiários(as) integrantes do Plano Privado de Assistência à Saúde, operado pela CONTRATADA.

18.2. Os dependentes do Beneficiário Titular, juntamente com este, considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, são identificados na Ficha de Inscrição e Proposta de Adesão que acompanham o presente instrumento, que, rubricadas pelas partes, é peça integrante destas condições gerais, para todos os fins e direitos.

18.3. 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 de arcar com as despesas que advenham desta utilização.

18.4 É de responsabilidade do beneficiário titular, a comunicação de qualquer alteração cadastral, inclusive de seus dependentes.

18.4.1. As alterações de endereço devem ser comunicadas de imediato, para que todas as correspondências e documentos possam ser encaminhados com regularidade.

18.4.2. A inobservância destas condições não servirá de óbice à aplicação de todas as consequências ou implicações legais e regulamentares.

18.5. 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.

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

18.7. Na hipótese de óbito do beneficiário titular, é assegurado ao cônjuge sobrevivente ou dependente legal, a manutenção da condição de associado, desde que formalize sua assunção às obrigações oriundas deste instrumento, no prazo assinalado acima.

18.8. São considerados como parte integrante destas condições gerais, a Proposta de Adesão, a tabela de preços vigente à época, a declaração de saúde dos beneficiários inscritos e o guia de leitura contratual.

Cláusula 19ª - PROTEÇÃO DE DADOS

19.1. Aplica-se a este instrumento o disposto na Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018, com as alterações inseridas pela Lei nº 13.853, de 08 de julho de 2019 – **LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD)**.

19.2. No desenvolvimento de quaisquer atividades relacionadas com a execução deste contrato, as partes se comprometem a observar o arcabouço legal que trata da proteção de dados pessoais, empenhando-se em diligenciar, na parte que lhe couber, para o devido cumprimento da legislação.

19.3. A **CONTRATADA** disponibiliza em seu site institucional a Política de Privacidade da operadora, que está disponível para acesso pelos beneficiários e/ou seus Titulares de dados.

19.4. As partes declaram, por este instrumento, que cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

19.5. As partes deverão manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude desta proposta de adesão, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.

19.6. Os beneficiários titulares deverão comunicar a **CONTRATADA** caso receba alguma requisição de algum de seus dependentes, referente aos direitos dos titulares de dados previstos na legislação.

35

19.7. As partes se comprometem a tratar os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular dos dados em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 (“LGPD”).

19.8. As partes se comprometem a tratar os dados pessoais de crianças e adolescentes – observadas as conceituações previstas no artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente – sempre em seu melhor interesse, colhendo, quando aplicável o consentimento de, ao menos, um dos pais ou responsável legal, em observância ao disposto no artigo 14 da Lei nº 13.709/2018 (“LGPD”).

19.9. A **CONTRATADA** se resguarda no direito de não coletar consentimento dos pais ou responsáveis em caso de emergência ante a prevalência da obrigação de socorro e direito à vida do indivíduo frente as regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência.

19.10. Em caso de incidente de acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda de dados relacionados a beneficiários desta proposta de adesão a parte responsável pela ocorrência deverá enviar comunicação, por escrito, à outra parte.

19.11. Caso a **CONTRATADA** seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade dos titulares, fica garantido à **CONTRATADA** o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil.

19.12. Ao término da relação contratual entre as partes, essas se obrigam a conservar os dados apenas durante o período necessário à prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior.

19.13. Não obstante o beneficiário tenha direito de requerer o apagamento, anonimização ou de solicitar qualquer outra providência que demande a abstenção do tratamento de dados pessoais do beneficiário pela **CONTRATADA**, eventual requisição do Titular de dados não poderá ser atendida caso o tratamento estiver sendo realizado de maneira lícita ou tiver como finalidade atender a uma obrigação legal ou regulatória.

19.14. Para a prestação do serviço contratado, a **CONTRATADA** se vale de uma rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas – inclusive integrantes do Sistema APAS - com as quais a **CONTRATADA** realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos beneficiários – sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória – o qual será feito sempre no melhor interesse dos beneficiários e nos estritos limites e finalidades dispostos neste instrumento.

19.15. Os beneficiários poderão realizar a requisição dos direitos garantidos pela legislação, de forma gratuita, por meio dos canais disponibilizados no site da **CONTRATADA**.

19.16. Para efeito desta proposta de adesão são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e, independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

ACIDENTE DO TRABALHO: É qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): É a autarquia encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização dos planos de saúde.

AGRAVO: Agravo como 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.

AMBULATÓRIO: Local onde se presta assistência a clientes em regime de não internação.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde oferece cobertura. A cobertura está dividida nas seguintes categorias: nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: Compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares

ATENDIMENTO ELETIVO: É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como o dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento ou da adoção (nos termos do disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e na Lei nº 9656/98).

BENEFICIÁRIO: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direito e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

BENEFICIÁRIO TITULAR: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde que o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular.

CÁLCULO ATUARIAL: É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações históricas sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação

CARÊNCIA: O prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da inclusão de beneficiários, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: Cartão para acesso ao atendimento pelos beneficiários junto à rede do plano.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: Termo utilizado na Saúde Suplementar para definir a amplitude de um plano de saúde no que diz respeito ao atendimento. Também conhecido por cobertura assistencial.

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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de informações sobre o plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, que ofereça cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

CONSULTA: Modalidade de assistência realizada por membros de uma equipe de saúde (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentista, nutricionista), com o objetivo de avaliar um paciente acerca de uma queixa.

CONTRATADA: A ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – APAS, de Fernandópolis, qualificada no preâmbulo destas Condições Gerais e na Proposta de Admissão, como operadora de plano de saúde.

COPARTICIPAÇÃO: É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário Titular diretamente à operadora, juntamente com a mensalidade, após a realização de procedimento.

CRIANÇA: Em observância ao artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e “ADOLESCENTE” aquele entre doze e dezoito anos de idade. Considera-se “CRIANÇA”, para os efeitos da Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e “ADOLESCENTE” aquela entre doze e dezoito anos de idade.

DADOS PESSOAIS: Qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como, por exemplo, um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.

DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: Qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“TITULAR ou TITULAR DOS DADOS”) referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: É o formulário que acompanha a proposta de adesão ao plano de saúde, em que o beneficiário ou seu representante legal é obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado, as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano de saúde.

DOENÇA: Desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou uma ausência de reação aos estímulos cuja ação está exposta, conduzindo a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais.

DOENÇA AGUDA: São aquelas que tem um curso acelerado, terminando com convalescença ou morte em menos de três meses.

DOENÇA CONGÊNITA: É aquela adquirida antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida, seja qual for a sua causa.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): São aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: É aquela que resulta diretamente das condições de trabalho e causa incapacidade para o exercício da profissão ou morte.

EMERGÊNCIA: É o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EMPRESÁRIO INDIVIDUAL: Significa a pessoa física que exerce em nome próprio atividade empresarial, nos termos do artigo 966 do Código Civil e que se equipara para fins tributários a pessoa jurídica. São os seguintes os requisitos necessários para a configuração do empresário individual: (I) profissionalismo; (II) exercício de atividade econômica; (III) organização; e (IV) escopo de produção ou circulação de bens e serviços;

EXAME - É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

GUIA MÉDICO: Relação, com os respectivos endereços dos médicos credenciados ou referenciados, clínicas e hospitais credenciados e contratados.

HOSPITAL-DIA: Modalidade de assistência à saúde, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA/ALTO CUSTO: É aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros.

INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

MÉDICO CREDENCIADO: É o médico associado da operadora.

MENSALIDADE: São os pagamentos efetuados pelo titular ao plano de saúde.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de Autogestão, registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.

ÓRTESE: Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PRÓTESE: entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo Titular Associado.

SAÚDE OCUPACIONAL: É o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: É o documento preenchido pelo Titular como parte integrante desta proposta de adesão, no qual constam as informações sobre o plano de saúde.

REPRESENTANTE DO TITULAR DOS DADOS: Representante legal ou, ao menos, um dos pais, para a coleta de consentimento quando ocorrer o tratamento de dados pessoais da criança.

ROL DE PROCEDIMENTOS: Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São os serviços contratados pela operadora para atendimento aos beneficiários.

TRATAMENTO DE DADOS: Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

Cláusula 20ª - ELEIÇÃO DE FORO

20.1. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio Fernandópolis como competente para qualquer ação judicial oriunda da presente adesão, ainda que diversos sejam, ou venham a ser, o do Titular e da CONTRATADA.

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/BENEFICIÁRIO TITULAR

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - APAS - Fernandópolis