

REGULAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - HOSPITALARES

PLANO DE SAÚDE “ BRONZE A” DA APAS/SÃO JOÃO

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Associação Policial de Assistência à Saúde de São João da Boa Vista.

Nome Fantasia – APAS/S.JOÃO.

CNPJ nº 71.753.297/0001-04

Registro na ANS nº 40826-3

Classificação da Operadora na ANS – **Autogestão não Patrocinada.**

Endereço – Av. Presidente João Belchior Marques Goulart nº 401 – Parque das Nações – São João da Boa Vista-SP – CEP 13.870-579.

b) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome

Filiação:.....

e

Data Nasc:/...../..... nº CPF: nº RG:

Endereço:nº

Bairro:

Cidade: UF:..... CEP:.....

c) Nome Comercial do plano: **“PLANO BRONZE A”**

Numero de Registro na ANS: **471.794/14-5**

d) Tipo de contratação: **Coletivo por Adesão**

e) Segmentação: **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**

f) área de abrangência geográfica do plano – **Grupo de Municípios** - composta pelos municípios de: São João da Boa Vista, Aguaí, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antonio do Jardim, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande do Sul e Mogi Guaçu, todos do Estado de São Paulo.

g) área de atuação do plano: A área de atuação deste Plano de Saúde é a mesma da sua área geográfica de abrangência, ou seja, os municípios de São João da Boa Vista, Aguaí, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antonio do Jardim, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande do Sul e Mogi Guaçu, todos do Estado de São Paulo, onde se localizam as Unidades da Polícia Militar e, conseqüentemente, os sócios da APAS São João.

h) Padrão de Acomodação: Coletivo – Internações em quartos coletivos, com dois ou três leitos, mediante solicitação justificada do médico assistente e com prévia autorização da APAS/S.JOÃO, sem limitação de dias.

i) Não havendo disponibilidade de leitos na forma acima estabelecida, fica garantido ao usuário acesso a acomodação em padrão superior, sem ônus adicionais, até que haja vaga na acomodação contratada.

1 - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

1.1. OBJETO - a prestação continuada de Assistência Médico-Hospitalar, na forma prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei 9656/1998, através de contrato/regulamento Coletivo por Adesão, com cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), obrigatoriamente constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1.2. NATUREZA JURÍDICA - este regulamento é revestido das características próprias do Contrato de Adesão, bilateral, nos termos do artigo 54 e seus parágrafos, do Código de Defesa do Consumidor, gerando direitos e obrigações às partes, na forma do disposto no artigo 458 do Código Civil Brasileiro, obrigando-se, ainda, às normas da Lei nº 9656/98 (Lei sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde), a toda sua regulamentação e legislação que vier a sucedê-la.

2 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Para admissão ao Plano regido por este regulamento, é obrigatório que os interessados sejam integrantes da Polícia Militar do Estado de São Paulo, ativos, inativos e respectivas (os) pensionistas cadastradas (os) na Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo, vinculados às Unidades Policiais Militares sediadas na área geográfica de abrangência da Operadora, a partir da data em que forem aceitos como sócios titulares, estabelecendo uma relação meramente associativa com a APAS/S.JOÃO, nos termos do inciso XX do artigo 5º da Constituição Federal, e disposições estatutárias da associação, não sendo aplicável o ordenamento emanado no art.30 da Lei 9656/98.

2.2. Uma vez admitidos como sócios titulares da APAS/S.JOÃO, poderão aderir a este Plano de Saúde mediante assinatura do **Termo de Adesão (anexo I), sendo obrigatória a adesão do sócio titular**, podendo incluir, na condição de beneficiários, seus dependentes legais e aqueles que lhes forem vinculados em razão de parentesco, até o 2º grau na descendência, de acordo com o Estatuto Social da Associação e da legislação vigente.

2.3. São considerados dependentes legais dos sócios titulares para efeito de inclusão como beneficiários deste plano:

2.3.1. o cônjuge;

2.3.2. companheira(o) do(a) associado(a), desde que comprovada a União Estável com ânimo de constituição familiar;

2.3.3. os filhos(as) solteiros(as) até 21 anos de idade;

2.3.4. os filhos e filhas inválidos para o trabalho ou incapacitados civilmente, desde que vivam sob dependência econômica do sócio titular;

2.3.5. os pais que vivam sob dependência econômica dos sócios titulares, arrimos de família, desde que cadastrados na CBPM;

2.3.6. os enteados, filhos adotivos, legitimados ou reconhecidos, equiparam-se aos filhos legítimos, desde que vivam sob dependência econômica dos sócios titulares.

2.4. Poderão permanecer neste plano, após atingirem a maioridade civil, os beneficiários que foram inscritos como dependentes legais, desde que continuem vivendo sob dependência econômica do sócio titular, devidamente comprovada pela Diretoria, conforme disposto no item II, § 1º, Artigo 9º do Estatuto Social.

2.5. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do sócio titular como beneficiário do plano.

2.6. O sócio titular poderá inscrever no seu plano, como seu dependente, o cônjuge ou companheira desde que seja até 30 (trinta) dias, após o matrimônio ou declaração de união estável, sem prejuízo das carências cumpridas.

2.7. O sócio titular poderá inscrever no seu Plano, como seu dependente, seu filho natural, ou adotivo menor de 12 anos de idade, até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, sem prejuízo das carências cumpridas.

2.8. Poderão ser incluídos novos beneficiários no Plano do sócio titular após a celebração do Termo de Adesão, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia, preenchida a Proposta de Adesão aditiva e respeitado os períodos de carência contidos no item 6 deste Regulamento.

2.9. Quando das inclusões de novos beneficiários, na forma do item anterior, as mensalidades serão acrescidas dos valores correspondentes às faixas etárias, que os incluídos estiverem de acordo com a tabela de valores vigentes no momento das inclusões.

3 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 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:

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 neste Regulamento, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

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

3.8. 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.

3.9. 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.

3.10. 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.

3.11. 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.

3.12. atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

3.12.1. atividades educacionais;

3.12.2. consultas de aconselhamento para planejamento familiar;

3.12.3. atendimento clínico;

3.12.4. sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);

- 3.12.5. implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.
- 3.13. Procedimentos Considerados Especiais:
- 3.13.1. Hemodiálise Crônica e Diálise Peritoneal - CAPD;
- 3.13.2. Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- 3.13.3. Radioterapia;
- 3.13.4. Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
- 3.13.5. Hemoterapia Ambulatorial;
- 3.13.6. Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.
- 3.14. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos exclusivos para a segmentação ambulatorial.
- 3.15. Internações, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em Estabelecimentos Hospitalares, reconhecidos 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.
- 3.16. Internações hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.
- 3.17. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.
- 3.18. 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.
- 3.19. 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.
- 3.20. 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.
- 3.21. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar:
- 3.21.1. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- 3.21.2. quimioterapia oncológica ambulatorial;

3.21.3. procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;

3.22.4. hemoterapia;

3.22.5. nutrição parenteral ou enteral;

3.22.6. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

3.22.7. embolizações e radiologia intervencionista;

3.22.8. radiologia intervencionista;

3.22.9. exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

3.22.10. procedimentos de reeducação e reabilitação física.

3.23. 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 ministrada durante o período de internação hospitalar.

3.24. 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.

3.25. 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.

3.26. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.

3.27. Transplantes obrigatórios 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 ao 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.

3.28. 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:

3.28.1. custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica;

3.28.2. nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário Titular, conforme itens 10.21 deste Regulamento, observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes; Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

3.28.3. a cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

3.29. 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.

3.30. Nas internações para parto normal ou cesárea, a Operadora cobrirá as despesas no atendimento, quando efetuado pelo médico plantonista, caso o usuário escolha o médico particular, a diferença de honorários será de inteira responsabilidade do Sócio Titular.

4 - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Não estão cobertos por este Plano, nos termos do Art.10 da Lei 9656/98, os seguintes procedimentos:

4.1.1. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da Operadora e sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

4.1.2. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos;

4.1.3. Enfermagem em caráter particular;

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

4.1.5. Avaliações pedagógicas;

4.1.6. Orientações vocacionais;

4.1.7. 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;

4.1.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

4.1.9. Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;

4.1.10. Inseminação artificial;

- 4.1.11. Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 4.1.12. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 4.1.13. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 4.1.14. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.1.15. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 4.1.16. Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 4.1.17. Asilamento de idosos;
- 4.1.18. 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;
- 4.1.19. Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- 4.1.20. Aplicação de vacinas;
- 4.1.21. Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
- 4.1.21.1. acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
- 4.1.21.2. 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
- 4.1.21.3 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.
- 4.1.22. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 4.1.23. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- 4.1.24. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.1.25. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- 4.1.26. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5 - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. A vigência mínima de Adesão ao presente Plano é de 12(doze) meses, iniciando-se na data da assinatura do respectivo Termo de Adesão pelo Sócio Titular e pelo representante da Operadora, em cujo documento deverá ser descrito os beneficiários do aderente, sendo as páginas devidamente rubricadas pelas partes.

RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

5.2. No término do período inicialmente acordado, não havendo manifestação contrária, escrita e de forma inequívoca, apresentada pelo Sócio Titular, o Plano será renovado automaticamente por tempo indeterminado, até que haja a devida manifestação pela não continuidade no Plano.

6 - PERÍODOS DE CARÊNCIAS

6.1. Os períodos de carência deste Plano são os descritos no inciso V, do artigo 12 da Lei 9656/98, abaixo enumerados

6.1.1. – urgência e emergência: 24 horas;

6.1.2. – consultas médicas: 30 dias;

6.1.3. – exames de patologia clínica: 60 dias;

6.1.4. – tratamento fisioterápico: 60 dias;

6.1.5. – micro cirurgias, atendimentos ambulatoriais e exames diagnósticos: 90 dias;

6.1.6. – exames especiais: Cineangiocoronariografia, Cintilografia, Colonoscopia, Endoscopia, Tomografia e Ressonância Magnética ou outros exames de alto custo: 180 dias;

6.1.7. – quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise: 180 dias;

6.1.8. - tratamento oncológico: 180 dias;

6.1.9. – tratamento de hemodiálise: 180 dias;

6.1.10. – tratamento psiquiátrico: 180 dias;

6.1.11. – internamento clínico: 180 dias;

6.1.12. – internamento cirúrgico: 180 dias;

6.1.13. – internamento psiquiátrico: 180 dias;

6.1.14. – Partos a Termo: 300 dias.

6.2. Para cada beneficiário incluído no Plano, fora das exceções prescritas nos itens 2.6 e 2.7, haverá contagem dos períodos de carência, a partir do dia do seu ingresso.

6.3. Na transferência para o plano com acomodação individual, haverá carência de acomodação de 180 (cento e oitenta) dias.

7 – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

7.1. Para efeito deste Plano, doenças e lesões pré-existentes (DLP), são aquelas que o beneficiário é sabedor no momento da sua adesão ao Plano, ou seja, já era portador da doença.

7.2. Os beneficiários deste Plano (sócios titulares e seus dependentes) deverão preencher a declaração de saúde no momento da Adesão ao Plano, anexo III, na forma dos artigos 5º, 10º e 11º da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009.

7.3. Com relação às doenças pré-existentes este Plano contempla **a Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, nos termos da legislação vigente.

7.4. Cobertura Parcial Temporária é a suspensão, por um período de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da adesão ao presente Plano, da cobertura de procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente com as doenças pré-existentes referidas na Declaração de Saúde, nos termos do artigo 2º, II, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009.

7.5. É vedada aos Sócios Titulares e seus dependentes, a omissão de Doenças e Lesões Preexistentes quando da realização de qualquer tipo de exame ou perícia pela Operadora, com vistas às adesões neste Plano Privado de Assistência à Saúde (artigo 5º § 4º, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009).

7.6. Sendo constatados indícios de fraude referentes à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da adesão a este Plano, o sócio titular será imediatamente comunicado, sendo aberto processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na Declaração de Saúde (artigo 15 da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009).

7.7. Aberto o Processo Administrativo, não será negada, sob qualquer pretexto, a cobertura assistencial, e não haverá a suspensão e nem rescisão unilateral do Plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do respectivo Processo (artigo 16, § 3º, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009).

8 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. URGÊNCIA – é uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, caracterizada em declaração do médico assistente.

8.2. EMERGÊNCIA – é uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo, incidente ou imprevisto, é a circunstância que exige uma intervenção médica de imediato.

8.3. Os eventos de URGÊNCIA e/ou EMERGÊNCIA, acima definidos, terão a assistência necessária após 24 horas da inclusão do beneficiário no Plano, cuja cobertura fica limitada às suas primeiras doze horas de atendimento ou até que ocorra a necessidade de internação.

8.4. Os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.5. Cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a entrada na Unidade hospitalar até a alta, ou até que seja necessária para a preservação da vida, órgãos e funções do paciente.

8.6. Fica garantido o atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta Complexidade relacionados às doenças e Lesões Preexistentes.

8.7. Fica garantido o atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

REMOÇÃO

8.8. Serão garantidas somente remoções inter-hospitalares, em ambulâncias normais ou UTI – (Unidade de Terapia Intensiva), mediante solicitação do médico assistente, quando comprovadamente necessária e autorização expressa da Operadora, para outro Estabelecimento de Saúde ou conveniada, em território brasileiro, quando:

8.8.1. caracterizada a falta de recursos oferecidos pelo estabelecimento de saúde para a continuidade de atenção ao paciente;

8.8.2. realizados os atendimentos classificados como urgência e/ou emergência, dentro dos períodos de carência, houver necessidade da continuidade da internação em Estabelecimentos de Saúde fora da área de abrangência do Plano;

8.8.3. a remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento;

8.8.4. quando não for possível a remoção do paciente, por risco de vida, para uma Unidade do SUS, será negociada entre o sócio titular e a Operadora a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora desse ônus;

8.8.5. se o paciente ou seu responsável optar pela remoção para uma unidade diferente da oferecida pela Operadora, por mera conveniência, a Operadora estará desobrigada do ônus financeiro da continuidade da assistência e da remoção, desde que assinado, pelas partes, o respectivo Termo de Responsabilidade;

8.9. Os sócios titulares, integrantes do serviço Ativo da Polícia Militar do Estado de São Paulo, quando usuários deste Plano, acidentados no exercício da função, terão, na área de abrangência, a assistência emergencial necessária, facultando, a Operadora, mediante autorização do médico assistente, a remoção para o Hospital da Polícia Militar do Estado de São Paulo (HPM), na cidade de São Paulo/Capital.

DO REEMBOLSO

8.10. Na ocorrência de real impossibilidade de utilização dos serviços contratados ou conveniados pela Operadora, as respectivas despesas serão reembolsadas de acordo com a tabela praticada pela Operadora com seus prestadores de serviços médico-hospitalares, ficando, a eventual diferença, sob a responsabilidade do sócio titular.

8.11. O reembolso aludido no item acima será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega, a Operadora, pelo sócio titular, da via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pelo Plano (recibos

e/ou notas fiscais); conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação; relatório do médico assistente, relatando a patologia e o procedimento adotado; declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

8.12. A utilização de serviços da Rede Pública, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou conveniados indicados na relação fornecida pela Operadora, os atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS serão ressarcidos diretamente aos órgãos governamentais, de conformidade com a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), depois de esgotado todos os recursos cabíveis.

9 – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Não é permitida a livre escolha dos prestadores de serviços médicos- hospitalares.

10 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

DA REDE CONTRATADA E CONVENIADA

10.1. Para as coberturas deste Plano será mantida, na sua área geográfica de abrangência, uma Rede Contratada ou Credenciada com ambulatórios, laboratórios, consultórios, clínicas médicas, hospitais e profissionais liberais da área de saúde, conforme relação disponibilizada aos seus usuários através de impressos, telefones ou pela internet.

10.2. Na ausência de prestadores credenciados que ofereçam o atendimento na área de abrangência da Operadora, poderá ser colocada a disposição dos usuários, Hospitais, Clínicas Especializadas ou Profissionais da área de Saúde, contratados ou conveniados em outro município para atender procedimentos considerados de alto custo e/ou alta complexidade.

10.3. Poderão ser colocadas a disposição dos usuários, Hospitais ou Clínicas especializadas, contratadas ou conveniadas para atender procedimentos considerados de alto custo e/ou alta complexidade, sendo ressalvado a Operadora o direcionamento desses procedimentos, quando realizados fora da área geográfica de abrangência prevista neste Regulamento.

10.4. Excepcionalmente, para os procedimentos de alta complexidade, mediante autorização prévia, poderá ser utilizado, através dos convênios entre congêneres, os serviços disponibilizados pelas outras APAS/APOMAS/AVAMP e pelo Hospital Cruz Azul.

10.5. Poderá ser procedida a substituição de um ou de todos os Hospitais, serviços e profissionais contratados ou conveniados, desde que com as mesmas qualificações técnicas anteriormente oferecidas, cujas alterações deverão ser comunicadas aos usuários com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

10.6. Poderá, também, para fins de redimensionamento da rede assistencial, nos termos da Lei 9.656/96, ser procedida a redução de hospitais disponibilizados para as coberturas oferecidas por este Plano.

10.7. Na ocorrência das alterações aludidas nos itens acima, os usuários terão direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de saúde, integrantes da rede contratada ou conveniada, sem a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição ocorrida.

10.8. Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar, durante a sua utilização, o usuário permanecerá internado, até a alta hospitalar, e as despesas até então apuradas correrão por conta da Operadora.

10.9. Ocorrendo o descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infrações às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a Operadora responsabilizar-se-á pela transferência imediata do usuário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o sócio titular.

DA IDENTIFICAÇÃO DO SÓCIO TITULAR E DOS SEUS BENEFICIÁRIOS

10.10. O sócio titular e os integrantes do seu grupo familiar, para efeito da utilização deste Plano de Saúde, serão inscritos no Termo de Adesão e será rubricada pelas partes, para todos os fins de direito.

10.11. O sócio titular e os seus beneficiários serão identificados através de credencial ou Cartão de identificação expedido pela Operadora e/ou pelas contratadas, sendo obrigatória a sua apresentação quando da retirada de guias para consultas ou quando da utilização de serviços médicos hospitalares.

10.12. O sócio titular obriga-se a devolver, incontinentemente, a Operadora, as credenciais de identificação dos seus beneficiários, quando ocorrerem às exclusões dos mesmos, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes aos eventuais usos indevidos das coberturas assistenciais deste Plano.

10.13. Nas mesmas penas do item acima, incorrerá o sócio titular em caso de extravio das referidas credenciais de identificação, devendo ser feita a comunicação imediata e por escrito à Operadora, para que as providências cabíveis.

10.14. Quando ocorrer a exclusão do sócio titular e/ou de qualquer dos seus beneficiários, fica o mesmo responsável pelo pagamento, de uma só vez, de todos os valores das contraprestações devidas e da co-participação que lhe couber.

DA EMISSÃO DE GUIAS

10.15. Os usuários poderão obter guias de atendimento para consultas, exames e internações, em números ilimitados, junto a Operadora ou aos representantes autorizados nas suas respectivas cidades, mediante a devida identificação e apresentação das credenciais da Operadora, Contratada ou Conveniada.

10.16. Os atendimentos em consultórios, clínicas, hospitais ou laboratórios serão realizados somente com a apresentação das respectivas guias fornecidas pela Operadora Contratada ou Conveniada, devidamente autorizadas, exceto nos casos de urgência ou emergência devidamente comprovados.

10.17. As guias de consultas serão válidas por 05(cinco) dias corridos, a contar da data de sua expedição.

10.18. Os serviços de diagnósticos, tratamento, internações e demais procedimentos ambulatoriais de natureza buco-maxilo-facial ou por imperativo clínico, quando solicitados pelo cirurgião dentista assistente, não poderá haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados.

10.19. As divergências de natureza médica sobre as coberturas e atendimentos previstos pela Operadora serão dirimidas por uma junta constituída de 3 (três) médicos, conforme a natureza do atendimento, sendo um nomeado pela Operadora, outro pelo usuário, e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados; cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear e a remuneração do terceiro desempatador ficará a cargo da Operadora. Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada a ANS, na forma do artigo 4º, V, da Resolução CONSU 8/1998.

CO-PARTICIPAÇÃO

10.20. O sócio titular ao aderir a este Plano, se obriga à co-participação de 30% (trinta por cento) nas consultas em consultórios e clínicas médicas e de 20% (vinte por cento) nos exames complementares – SADT(Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia) e sobre os procedimentos ambulatoriais e micro-cirurgias realizadas em consultórios ou clínicas médicas, decorrentes da assistência patrocinada aos beneficiários do seu Plano, devida para a Operadora.

10.21. Haverá também co-participação do sócio titular de 50% (cinquenta por cento) no custeio dos tratamentos dos transtornos psiquiátricos, em regime ambulatorial ou de internação, que ultrapassarem os períodos definido no item 3.28.1 deste regulamento.

11 - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. O preço a ser pago é pré-estabelecido, por faixas etárias, formado com base em cálculos atuariais, segundo variação dos índices reguladores do setor e das disposições da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, denominando-se, então, mensalidade, sendo constituída pela soma dos valores correspondentes a cada beneficiário que o titular incluir no seu Plano, com validade de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do Termo de Adesão ou do mês/referência quando da aplicação dos reajustes autorizados; neste último caso, respeitando-se a contagem de novo período de 12 (doze) meses.

11.2. Os valores por faixas etárias constarão do anexo II deste regulamento e serão atualizados a cada reajuste, respeitando-se o período de 12 (doze) meses.

DO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES

11.3. As mensalidades serão cobradas dos sócios titulares, com a devida autorização em formulário próprio, através de processamento em debito em conta corrente, folha de pagamento ou boleto, no quinto dia útil de cada mês, servindo como prova do pagamento os respectivos comprovantes fornecidos pelo órgão processador dos descontos.

11.4. Na impossibilidade, devidamente justificada, do não processamento das mensalidades conforme acima descrito, as mesmas poderão ser pagas diretamente na Operadora ou através de depósito bancário em conta bancária indicada pela Operadora.

11.5. O não recebimento das mensalidades na data estipulada não desobriga a Operadora de efetuar a respectiva cobrança cumulativa no mês subsequente.

11.6. As mensalidades atrasadas ou não cobradas em tempo constituirão mera tolerância, não implicando em novação ou transação, nos termos da legislação civil.

11.7. O pagamento antecipado de mensalidade não elimina e nem reduz os períodos de carência do Plano.

11.8. Ocorrendo atraso no pagamento das mensalidades, por deliberação exclusiva ou desídia do sócio titular, a regularização se fará por meio de cobrança através de notificação extrajudicial, se for o caso, acrescida de multa de 2% (dois por cento), sobre o valor a ser pago, acrescido de juros de mora de 0,033 % ao dia e atualização monetária do período.

11.9. A falta de quitação do custo mensal até o sexagésimo primeiro dia, consecutivos ou não, posteriores a data de seu vencimento, implicará no automático cancelamento do plano. Não cabendo qualquer restituição ao usuário titular de custos mensais anteriormente pagos, desde que a Operadora tenha comunicado ao (à) Sócio(a) Titular, sua condição de inadimplência ao quinquagésimo (50º) dia de atraso.

11.10. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21 da RN 195/2209, alterada pela RN 200/2009).

12 – DO REAJUSTE

12.1. As mensalidades serão reajustadas anualmente, respeitando-se o mês/referência do Plano, de conformidade com as determinações da ANS, ressalvadas as variações dos valores decorrentes das mudanças de faixas etárias, migração e adaptação do Plano à Lei 9656/98 e disposições do artigo 19 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009.

12.2. O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustadas anualmente, de acordo com a variação do índice aprovado pela Assembléia Geral da Operadora, que será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base do Plano.

12.3. Para efeito dos reajustes das contraprestações pecuniárias deste Plano (mensalidades) será considerado o mês de **setembro** de cada ano como mês/referência, de acordo com a legislação vigente.

12.4. Os reajustes das contraprestações pecuniárias deste Plano serão comunicados à ANS, nos termos dos artigos 14, 15 e 16 da RN 172/2008 e suas atualizações.

12.5. Independente da data de inclusão de novos beneficiários, os valores de suas contraprestações sofrerão o reajuste integral no mês de referência, entendendo-se este como data base única.

12.6. Não haverá aplicações de percentuais de reajuste diferenciados entre os beneficiários deste Plano.

12.7.- O beneficiário ao completar 59(cinquenta e nove) anos de idade, sujeitará apenas aos reajustes anuais de acordo com os índices definidos.

13 – DAS FAIXAS ETÁRIAS

13.1. Para efeito deste Plano são consideradas as seguintes faixas etárias:

13.1.1. Planos comercializados depois de 01/01/2004

Faixas	% P/ mudança de faixa
00 a 18 anos	0 %
19 a 23 anos	19,59%
24 a 28 anos	19,44 %
29 a 33 anos	21,73 %
34 a 38 anos	9,40 %
39 a 43 anos	15,95 %
44 a 48 anos	13,00 %
49 a 53 anos	28,00 %
54 a 58 anos	47,81 %
Acima de 59 anos.	18,49 %

13.2. O valor da última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da primeira faixa.

13.3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não será superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

14 - BÔNUS OU DESCONTOS

14.1. Neste Plano não são considerados, para nenhum efeito, bônus ou descontos.

15 – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Não se aplica as regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos por Adesão.

16 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. O vínculo dos usuários a este Plano é decorrente da condição associativa do seu titular, então o aderente, a quem cabe o direito de solicitar a sua exclusão e a de seus beneficiários do Plano, não podendo haver a suspensão ou exclusão de beneficiários por decisão unilateral dos prestadores de serviços contratados, exceto por fraude ou pelo conhecimento da perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, devidamente comprovada e prevista na forma deste Regulamento e do Estatuto Social vigente.

16.2. Na ocorrência de falecimento do sócio titular, fica assegurado aos seus pensionistas, o direito de permanência no Plano, nas mesmas condições de cobertura de que gozavam, mediante nova adesão, isenta do cumprimento de novos períodos de carência, desde que concretizada no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data do óbito, mediante o pagamento integral do mesmo, inclusive das mensalidades em atraso.

17 - RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1. Este Plano é operado na modalidade de autogestão, portanto, não haverá rescisão contratual e sim a aplicação dos efeitos da perda da qualidade de beneficiário, descrita no item 16 e o constante do Estatuto Social vigente.

17.2. A exclusão do usuário(a) será por iniciativa do(a) Sócio(a) Titular, e somente poderá se dar mediante solicitação escrita a ser encaminhada a Operadora.

17.3. O (a) Sócio(a) Titular admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução, dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Regulamento.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

17.5. Este Plano não oferece e nem garante coberturas adicionais.

18 - DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 Fazem parte integrante desse contrato

- a) Cópia do Regulamento de Prestação de Serviços Médicos-Hospitalares;
- b) Cópia do Termo de Adesão ao Plano;
- c) Cópia da Declaração de Saúde;
- d) Guia de Leitura Contratual;
- e) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde;

18.2. Para efeito deste Regulamento serão consideradas as seguintes definições:

- APAS/S.JOÃO: Associação Policial de Assistência à Saúde de São João da Boa Vista-SP;
- AUTOGESTÃO: sistema pelo qual se elabora e administra Plano de Saúde próprio. Destina-se exclusivamente a uma categoria profissional;
- OPERADORA (OPS): denominação ampla de empresas que oferecem Planos Privados de Assistência à Saúde;
- OPS: Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde;
- ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: são aquelas que o usuário ou seu responsável saiba ser portador à época da adesão ao Plano de Saúde;

- C P T: Cobertura Parcial Temporária: 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;
- AGRAVO: é o acréscimo no valor da mensalidade pelo período de 24 (vinte e quatro) meses para a cobertura das doenças e lesões preexistentes;
- AGREGADO: Beneficiário, fora da condição de dependente legal, inscrito no Plano do titular em razão de parentesco na forma da legislação vigente;
- ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesões físicas que interfiram nas funções de órgãos e regiões, e que não sejam considerados acidente de trabalho;
- ACIDENTE DE TRABALHO: é o evento involuntário, súbito e violento causador de lesões físicas, decorrentes da atividade profissional do usuário;
- AR: Aviso de Recebimento enviado pelos Correios;
- BENEFICIÁRIO: integrante do grupo familiar do sócio titular a favor de quem foi conferido o direito à assistência à saúde pelo Plano;
- CBPM: Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo;
- CRAZ: Hospital Cruz Azul de São Paulo;
- SPPREV: São Paulo Previdência;
- CARÊNCIA: é o período em que o usuário não tem direito a utilizar determinados serviços disponibilizados pelo Plano, mesmo pagando as mensalidades;
- CO-PARTIPAÇÃO: é o percentual que o associado deve compartilhar com a Operadora em cada evento, conforme especificado no Plano de Assistência à Saúde, quando da sua utilização, um mecanismo de regulação visando garantir o equilíbrio financeiro do Plano;
- URGÊNCIA – é uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, caracterizada em declaração do médico assistente.
- EMERGÊNCIA – é uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo, incidente ou imprevisto, é a circunstância que exige uma intervenção médica de imediato.
- FAIXA ETÁRIA: é a estipulação regulamentada e prevista em lei, que permite o aumento do valor da mensalidade em razão do aumento da idade do usuário;
- HPM: Hospital da Polícia Militar do Estado de São Paulo;
- NTRP: Nota Técnica de Registro de Produto;

- REDE CONTRATADA OU CONVÊNIDA: é o conjunto de profissionais, hospitais, clínicas, laboratórios, etc., indicados aos beneficiários, por meio de relação, livretos ou manual que deve ser utilizado para a assistência aos beneficiários do Plano;
- SÓCIO TITULAR: é a pessoa que tem a titularidade de sócio da Associação Policial de Assistência à Saúde de São João da Boa Vista-SP, com responsabilidade direta pelo Plano a que aderir;
- TABELA AMB: é a tabela de preços da Associação Médica Brasileira, utilizada para contratação de serviços médicos;
- TUSS: Terminologia Unificada em Saúde Suplementar;
- CBHPM: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos;
- TUNEP: Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, editada pela ANS;
- USUÁRIO: designação genérica dada a pessoa quando da utilização dos serviços assistenciais patrocinados pelo Plano;
- UTI: Unidade de Terapia Intensiva.
- SUS: Sistema Único de Saúde.

19 - ELEIÇÃO DE FORO

19.1. O Foro para resolução das pendências jurídicas da Operadora é o da sua sede, no município e Comarca de São João da Boa Vista – SP, ficando ressalvado aos sócios titulares deste Plano a opção pelo Foro do seu domicílio ou do lugar do fato contencioso.

São João da Boa Vista, 01 de Novembro de 2014

Assinado o original
CELSO AUGUSTO LUCIO
Diretor Presidente

Assinado o original
CARLOS BORGES TORRES
OAB/SP nº 233.991

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ANEXO I

TERMO DE ADESÃO n^o _____

O Preenchimento deste formulário deverá ser datilografado ou em letra de forma.
(nome sem abreviaturas)

Nome/Titular: _____
Posto/Graduação: _____ RE/Matr: _____
Ativa • Res/Ref • Pensionista •
Unidade (Ativa): _____ Telefone da OPM: _____
Endereço residencial: _____ N^o _____
Bairro: _____ Cidade: _____
UF: _____ CEP: _____ N^o R.G: _____ UF _____
Telefones para contato com DDD: Residência: _____ Celular: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF: _____
Estado Civil: _____ N^oCPF: _____ N^oPIS/PASEP _____
Endereço Eletrônico(e-mail pessoal): _____
N^o CARTÃO NAC. DE SAÚDE (S.U.S.) _____
Filiação: _____ e _____
Nome do Banco: _____ Cidade: _____
Agência: _____ N^o Conta Bancária: _____

RELAÇÃO DE DEPENDENTES QUE SERÃO INSCRITOS NA APAS/SÃO JOÃO

Nome: _____
Grau de parentesco: _____ N^o CARTÃO NAC. DE SAÚDE _____
N^o R.G: _____ UF _____ Data Nascimento: ____/____/____
Naturalidade: _____ UF: _____ N^o PIS/PASEP _____
Estado Civil: _____ N^o CPF: _____
Filiação: _____ e _____
N^o Credencial da CBPM: _____

CONTINUAÇÃO DA RELAÇÃO DE DEPENDENTES

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ N° CARTÃO NAC. DE SAÚDE _____

N° R.G: _____ UF _____ Data Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ UF: _____ N° PIS/PASEP _____

Estado Civil: _____ N° CPF: _____

Filiação: _____ e _____

N° Credencial da CBPM: _____

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ N° CARTÃO NAC. DE SAÚDE _____

N° R.G: _____ UF _____ Data Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ UF: _____ N° PIS/PASEP _____

Estado Civil: _____ N° CPF: _____

Filiação: _____ e _____

N° Credencial da CBPM: _____

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ N° CARTÃO NAC. DE SAÚDE _____

N° R.G: _____ UF _____ Data Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ UF: _____ N° PIS/PASEP _____

Estado Civil: _____ N° CPF: _____

Filiação: _____ e _____

N° Credencial da CBPM: _____

Declaro conhecer o que preceitua o artigo 5º XX da CF, aceito as normas que regem esta Associação através do Estatuto Social, declaro ainda ter recebido nesta data uma cópia do Estatuto Social da APAS/São João.

_____ de _____ de _____

Assinatura do Titular

“Colega Policial Militar, a APAS também é sua, por isso contamos com sua colaboração”.

ANEXO II

AO REGULAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS - HOSPITALARES PLANO “ BRONZE A”

TABELA DE VALORES

FAIXA ETÁRIA	MENSALIDADE = R\$	% P/ MUDANÇA DE FAIXA
00 a 18 ANOS	221,87	
19 a 23 ANOS	265,33	19,59 %
24 a 28 ANOS	316,90	19,44 %
29 a 33 ANOS	385,79	21,73 %
34 a 38 ANOS	422,04	9,40 %
39 a 43 ANOS	489,36	15,95 %
44 a 48 ANOS	552,97	13,00 %
49 a 53 ANOS	707,78	28,00 %
54 a 58 ANOS	1.046,18	47,81 %
Acima de 59 ANOS	1.239,62	18,49 %

01/09/2024

ANEXO III

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência!

Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

São João da Boa Vista, ____ / ____ / _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Beneficiário:

São João da Boa Vista, ____ / ____ / _____

Nome: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

De acordo com o Artigo 12 da RN nº 195 da ANS, os planos contratados após a regulamentação da Lei nº 9.656/98, fica o consumidor obrigado a informar a contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão pré-existente, previamente a assinatura do contrato conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do Artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças pré-existentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

Havendo declaração de doenças ou lesões pré-existentes, o consumidor poderá optar por:

a) **Cobertura Parcial Temporária** – o consumidor **não** terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirurgias ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

b) **Agravado** - acréscimo no preço mensal ao plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após o prazo de carências contratuais.

“A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão pré-existente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à A.N.S., pode acarretar a suspensão ou cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o comunicado ou a notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada”. Assim estabelece o Novo Código Civil, em seu artigo 766:

Artigo 766 do Código Civil Brasileiro: “Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido”.

	Peso (kg)	Altura (cm)
Titular _____		
1º DEP _____		
2º DEP _____		
3º DEP _____		
4º DEP _____		
5º DEP _____		

O questionário que segue deverá ser preenchimento pelo proponente Titular (T), por si ou por seu(s) dependente(s). Os números de 1º a 5º referem-se aos dependentes.

Preencher Sim ou Não. No caso de SIM especificar.

Perguntas:

1 – Tem alguma doença do Sistema Vascular como varizes, inchaço nas pernas ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

2 – Tem alguma doença do Aparelho Cardio-Circulatório como Angina, Infarto, Pressão Alta, Arritmia Cardíaca, Insuficiência Coronária, ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

3 – Tem alguma doença do Sistema Endócrino ou Metabólico como, Diabetes, Tireoidites, Obesidade ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

4 – Tem alguma doença do Aparelho Digestivo como Esofagite, Gastrite, Úlcera, Litíase Biliar, Divertículos no Intestino, Hepatite, Pancreatite ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

5 – Tem Hérnia de qualquer tipo: Epigástrica, Inguinal, Umbilical, Incisional ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

6 – Tem alguma doença do Sistema Sangüíneo ou Imunológico: Anemia, Púrpura, Talassemia ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

7 – Tem alguma doença do Aparelho Urinário como Litíase Urinária, Infecções dos Rins, Insuficiência Renal, Doenças da Bexiga, Uretra ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

8 – Tem alguma doença do Sistema Nervoso como Cefaléia Crônica, Derrame (AVC), Paralisia Cerebral, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

9 – Tem alguma doença do Ouvido, Nariz ou Garganta como: Rinite Crônica, Diminuição da Audição, Sinusites, Amigdalites, Otites de Repetição ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

10 – Tem alguma doença do Aparelho Respiratório como: Asma, Bronquite, Enfisema Pulmonar, Pneumonia de Repetição, ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

11 – Tem algum problema Osteomuscular ou Tendinoso como: Dorsalgia, Lombalgia, Artralgia, Artrose, Hérnia de Disco, Osteoporose, Tendinite, LER, ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

12 – Tem alguma doença Ginecológica ou de Mama como: Mioma, Cisto no Ovário, Cisto de Mama, Alteração Menstrual, Sangramento, Incontinência Urinária.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

13 – Tem alguma Doença relacionada ao Sistema Imunológico como AIDS (HIV), Doenças Infecciosas ou Degenerativas, Doenças Auto-Imunes ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

14 – Tem alguma doença dos Órgãos Genitais Masculino como: Próstata, Hidrocele, Fimose, Parafimose ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

15 – Tem alguma doença ou Mal-Formação Congênita ou Hereditária.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

16– Tem alguma doença dos Olhos e anexos, como: Catarata, Glaucoma, Miopia, Hipermetropia, Estrabismo, Queda Palpebral ou outras.

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

17 – Tem alguma Doença Mental, como: Depressão, Ansiedade, Esquizofrenia, Neuroses, Retardo Mental, Bulemia, ou outros

T	SIM () NÃO ()	Especificar:
1º	SIM () NÃO ()	Especificar:
2º	SIM () NÃO ()	Especificar:
3º	SIM () NÃO ()	Especificar:
4º	SIM () NÃO ()	Especificar:
5º	SIM () NÃO ()	Especificar:

De acordo com disposições contratuais, no caso de Doenças ou Lesões Pré Existentes, faço neste ato da assinatura de adesão, a seguinte opção:

1 – **Cobertura Parcial Temporária:** não terei direito ao Rol de Alta Complexidade(PAC), inclusive Cirurgias, durante dois anos. (___)

2 – **Agravo:** Acréscimo na contraprestação mensal, equivalente aos procedimentos não cobertos, inclusive as intercorrências. (___)

3 - Declaro acima, que tenho pleno conhecimento de informar a **Operadora** a condição sabida de **Doenças e Lesões Pré-Existentes**, antes da assinatura deste **contrato**, sob pena de **imputação de fraude**, sujeito a suspensão ou **denúncia do contrato**, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656 de 1.998.

4 – Em _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular

OBS: O beneficiário Titular deverá rubricar todas as folhas desta Declaração de Saúde.