



## **ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Rua São Paulo, 757 - ANDRADINA/SP - CEP 16.901-009  
CNPJ 59.766.105/0001-07 Fone /Fax (018) 3722-4315  
E-Mail: [apasandradina@asturbo.com.br](mailto:apasandradina@asturbo.com.br) e [apas@apasandradina.com.br](mailto:apas@apasandradina.com.br)

### **REGULAMENTO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

## **APAS Nº 000.**

#### **A - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

**Associação Policial de Assistência à Saúde de Andradina (APAS/Andradina)**, Operadora de Planos de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, com Sede à Rua São Paulo nº 757, na cidade de ANDRADINA, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 59.766.105/0001-07, Registrada na ANS sob o nº **40.681-3**, classificada na Agência Nacional de Saúde Suplementar como Autogestão não patrocinada.

#### **B - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ RE/MATRICULA : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Posto/Grad.: \_\_\_\_\_  
CPF.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Data Exp.: \_\_/\_\_/\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Cep.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### **C - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

O nome comercial deste Regulamento é Plano Familiar Com Obstetrícia e está registrado na ANS sob o número 434.449/01-9.

#### **D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

O tipo de contratação do Plano Privado de Assistência à Saúde é o Coletivo por Adesão.

#### **E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

O Tipo de segmentação Assistencial do Plano Privado de Assistência à Saúde é o Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia.

#### **F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

A área geográfica de abrangência do presente Regulamento é a de grupos de municípios

#### **G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

Andradina/SP, Castilho/SP, Nova Independência/SP, Murutinga do Sul/SP, Guaraçaí/SP, Mirandópolis/SP, Lavínia/SP, Itapura/SP, Ilha Solteira/SP, Pereira Barreto/SP, Sud Mennucci/SP e Suzanápolis/SP.

#### **H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

O padrão de acomodação em internação é Coletivo.

#### **I – FORMAÇÃO DE PREÇO**

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são Pré-estabelecidos.

#### **J - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:**

O presente regulamento não disponibiliza serviços ou coberturas adicionais.

## **I – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

- 1.1 Esse presente instrumento trata de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais que na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando a Assistência Médica Hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.
- 1.2 Esse instrumento trata de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na norma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor. Trata-se de um regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contato de adesão.

## **II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

2.1 São considerados beneficiários deste Contrato os Policiais Militares, Pensionista da CBPM e seus dependentes, indicados na ficha de inscrição anexa, observando o disposto no Estatuto e Regimento Interno, quanto aos limites de idade e grau de parentesco do beneficiário;

2.2 Consideram-se dependentes do beneficiário titular, para fins e efeitos deste Contrato:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos completos ou, se estudantes universitários, até 24 anos completos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;
- e) Filhos (as), solteiros (as), inválidos (as) de qualquer idade;

2.3 Poderão ser incluídos, beneficiários dependentes de acordo com o Estatuto Social, posteriormente à celebração deste Regulamento, desde que na presença, cumulativa, dos seguintes requisitos:

- a) as Contribuições Mensais deverão estar rigorosamente em dia;
- b) o (a) CONTRATANTE, deverá assinar o Termo Aditivo de Inclusão;
- c) a Taxa Mensal deverá ter o acréscimo, no ato da inclusão do dependente, o valor per capita, corresponderá à faixa etária a que o incluído pertencer, de acordo com a tabela vigente na época; e
- d) Contribuir com os 2% à CBPM ou o percentual correspondente ao repasse da CRUZ AZUL, para fins de assistência médica, deverá recolher esse valor diretamente à CONTRATADA.

2.4 Em caso de inclusão de novo (s) dependente (s), este (s) deverá (ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste Regulamento

2.5 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde

2.6 Os filhos do (a) CONTRATANTE e/ou de seus dependentes, inscritos no plano, nascidos ou adotados (recém-nascidos) na vigência deste Contrato, terão direito à cobertura assistencial nele prevista, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto, além de, quando nascidos de partos cobertos pelo presente Contrato, não estarão sujeitos a alegação pela Contratada, de doença ou lesão preexistente, não se sujeitando a coberturas parciais temporárias ou agravos nas Taxas Mensais.

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

2.8 É assegurado à OPERADORA o direito de exigir, a qualquer tempo, documentação hábil que comprove a legitimidade da pessoa jurídica CONTRATANTE, bem como a condição de elegibilidade do BENEFICIÁRIO, a teor do artigo 9º, § 3º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009.

### III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 Os beneficiários regularmente inscritos no Plano de Saúde terão direito ao atendimento médico-hospitalar e ambulatorial a ser efetuadas em rede próprias ou credenciadas da **OPERADORA**.

3.2 O atendimento acima referido será efetuado dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento, e de acordo com os procedimentos médicos referenciados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

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

#### 3.4 DA COBERTURA AMBULATORIAL

I - Cobertura de 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 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

III - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo e nos artigos da RN 211/2010;

IV - Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Anexo da RN 211/2010 e nas diretrizes na forma estabelecida pelo artigo 22 da mesma Resolução;

V - Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no anexo da RN 211/2010 e nas diretrizes de utilização na forma estabelecida pelo artigo 22 da mesma Resolução, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como médico devidamente habilitados;

VI - Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Anexo da RN 211/2010 que podem ser realizados tanto por fisiatra como fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII - Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo da RN 211/2010, para segmentação ambulatorial;

VIII - Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica sobre o tema;

IX - Cobertura de 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;

X - Cobertura de hemodiálise peritoneal – CAPD;

XI - Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes\* 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 do estabelecimento de Saúde;

\* definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento

XII - Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no anexo da RN 211/2010 para a segmentação ambulatorial;

XIII - Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo da RN 211/2010;

XIV - Cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV - Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Anexo da RN 211/2010.

### 3.5 DO PLANO HOSPITALAR

I - Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II - Quando houver previsão de utilização de mecanismos financeiros de regulação dispostos em contrato, para internações hospitalares, deve-se observar:

- a) Nos casos em que o contrato preveja co-participação ou franquia para internação, a mesma regra deve ser estabelecida para todas as especialidades médicas inclusive para as interações psiquiátricas; e
- b) Excepcionalmente, pode ser estabelecidas co-participação, crescente ou não, somente para internações psiquiátricas, entretanto, esta só poderá ser aplicada quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

III - Cobertura de hospital-dia\* para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de utilização;

\*entende-se por Hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

IV - Cobertura de transplantes listados no Anexo I, da RN 211/2010e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

V - Cobertura e atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Anexo da RN 211/2010:

- a) Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais;
- b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis,

dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

- c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

VII - Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

- a) Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes 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 do 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

VIII - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buço-maxilo-faciais listados no anexo da RN 211/2010, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º da mesma Resolução, 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 - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação, hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 17, inciso XI, da RN 211/2010;
- c) Procedimentos radioterápicos previstos no Anexo da RN 211/2010 para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Anexo da RN 211/2010;
- g) Embolizações listadas no Anexo da RN 211/2010;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no anexo da RN 211/2010; e
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Anexo da RN 211/2010, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

### 3.6 DO PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

I - Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto\* imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108/2005, ou outra que venha a substituí-la;

\*entende-se pós-parto imediato as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

- para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º da RN 211/2010.

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

III - Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

#### **IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4.1 Está excluída neste Regulamento, a obrigação da CONTRATADA de cobrir os procedimentos relativos a:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

- a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/ não regularizados no país;
- b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- c) Cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

II – 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;

- Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- 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.
- A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

III – inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV – tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V – fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado o disposto no artigo 12 da RN 211/2010;

VII – fornecimento de 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;

VIII – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X – casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI – estabelecimentos para o acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

## **V – VIGÊNCIA**

5.1 O presente Regulamento terá seu início de vigência, a contar da data de sua atualização, pela CONTRATADA, com validade de 12 meses. Para efeito de contagem de carências, a mesma inicia a partir da data de assinatura no Termo de Adesão, pelo CONTRATANTE.

5.2 Encerrando-se a vigência inicial, caso não seja requerida por escrito pelo CONTRATANTE a rescisão da adesão ao presente regulamento, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento, ocorrerá a renovação automática do mesmo.

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

## **VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

6.1 O atendimento dos beneficiários deste Plano, se encontra vinculado aos seguintes prazos de carência, que serão contados a partir da data de assinatura, da proposta de adesão:

- Casos de urgência e emergência, devidamente caracterizadas através de declaração do médico assistente.: 24 HORAS;
- Consultas médicas: 30 dias;
- Exames auxiliares de diagnóstico: 60 dias;
- Internações hospitalares clínicas e cirúrgicas: 180 dias;
- Partos a termo: 300 dias;

6.2 Para efeito de contagem de carências, a mesma inicia a partir da data de assinatura no TERMO DE ADESÃO, pelo CONTRATANTE

## **VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**

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

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.

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 OPERADORA, 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 OPERADORA, poderá fazê-lo, desde que assumo 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 sofridor, 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 OPERADORA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a OPERADORA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

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

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

7.11 Caso a OPERADORA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

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

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

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

7.15 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei n. 9.656/1998.

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

7.17 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 OPERADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

## **VIII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**



8.1 Está garantido o atendimento de emergência, como tal definido os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

8.2 Está garantida a cobertura do atendimento de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou complicações do processo gestacional;

8.3 Fica garantido, depois de cumpridas as carências, o atendimento de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, caracterizados em declaração do médico assistente.

8.4 O atendimento de urgência e emergência realizado no decorrer dos períodos de carência para internação, para parto a termo e no decorrer de período de cobertura parcial temporária para os eventos relacionados à DLP, neste caso, os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, deverá abranger cobertura igual ao da segmentação ambulatorial, ou seja, limitada até as 12 horas de atendimento, ou antes, caso constatada a necessidade de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. Neste momento, cessa a responsabilidade financeira da OPERADORA na assistência, estando a mesma, contudo, obrigada a remover o beneficiário para o SUS.

8.5 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário ao plano.

8.6 A OPERADORA efetuará reembolso nos limites das obrigações contratuais dentro da área de abrangência, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL a utilização de serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela OPERADORA, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega à OPERADORA da documentação seguinte:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela OPERADORA (recibos e/ou notas fiscais);
- b) Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;
- c) Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- d) Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

8.7 O valor a ser reembolsado será o da relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela OPERADORA junto à rede assistencial deste plano.

8.8 O prazo de prescrição para o BENEFICIÁRIO apresentar os documentos para o reembolso será de 1 (um) ano.

8.9 Independentemente de haver situação de urgência ou emergência, é garantida a remoção inter-hospitalar, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato.

8.10 Também serão coberta a remoção para hospital conveniado ao SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade da atenção após o atendimento de urgência e emergência, quando verificada uma das seguintes hipóteses:

- a) Necessidade de assistência médica hospitalar, para beneficiários em cumprimento de carência; ou,

- b) Necessidade de eventos cirúrgicos, leito de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes, para beneficiários em acordo de cobertura parcial temporária.

8.11 Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da mencionada no parágrafo anterior, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.12 Se por risco de morte não puder haver a remoção, BENEFICIÁRIO e prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.

8.13 A remoção, quando necessária, ocorrerá com o uso de ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida. Nesse caso, a responsabilidade da OPERADORA sobre o beneficiário só cessará quando efetuado o registro na unidade SUS.

## **IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

9.1 O presente Regulamento não prevê livre escolha de prestadores.

## **X - MECANISMO DE REGULAÇÃO**

10.1 As internações hospitalares ficam a critério do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela CONTRATADA, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante do corpo clínico da CONTRATADA;

10.2 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;

10.3 Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Regulamento, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, próprio ou credenciado pela CONTRATADA, o Cartão de Identificação do Beneficiário, além do documento de identidade do beneficiário-paciente;

10.4 Em caso de internação hospitalar e exames auxiliares de diagnóstico e tratamento, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, além dos documentos consignados no subitem anterior, guia de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA;

10.5 Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Regulamento, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA, e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciados, cabendo a eles toda a responsabilidade pelo tratamento instituído;

10.6 Deve ser entendido como “**Co-participação**”, a parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora, referente à realização de procedimento:

10.6.1 Para a co-participação serão utilizados os valores praticados pela Tabela AMB92;

10.6.2 Para o plano de saúde deste Regulamento haverá co-participação do usuário no valor dos procedimentos abaixo relacionados:

- Consultas médicas – .....%

- Exames complementares – .....%
- Terapias e todos os atendimentos ambulatoriais – .....%
- Pronto atendimento e plantão 24 horas – .....%
- Internação Clínica: R\$ ..... a diária
- Internação Cirúrgica: R\$ ..... a diária
- Internação Psiquiátrica: R\$ ..... a diária

10.7 Autorizações Prévias nas guias de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CONTRATADA;

10.8 A CONTRATADA reserva-se no direito de realizar perícia prévia, quando o usuário vier a submeter-se aos procedimentos classificados como periciáveis, concedendo ou não cobertura em função do resultado da perícia e em conformidade com os termos do presente Regulamento.

10.9 As internações feitas em caráter de urgência e emergência, deverão ser comunicadas à CONTRATADA até o primeiro dia útil, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da CONTRATADA, das despesas resultantes do atendimento;

10.10 A CONTRATADA poderá proceder a substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas e equivalentes às dos substituídos;

10.11 Quando houver descredenciamento de entidade hospitalar, a CONTRATADA deverá disso dar ciência escrita ao(a) CONTRATANTE, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

10.12 A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, proceder à redução da quantidade de hospitais;

10.13 Em ocorrendo os descredenciamentos acima mencionados, o beneficiário terá o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da CONTRATADA, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida;

10.14 Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA;

10.15 Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o(a) CONTRATANTE.

## **XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

11.1 A contraprestação pecuniária que o(a) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA decorrente deste Plano, denomina-se CONTRIBUIÇÃO MENSAL e será devida por si, individualmente, cujo valor nesta data, corresponde ao indicado na Ficha de Inscrição respectiva, respeitadas as faixas etárias;

11.2 Os pagamentos serão feitos pelo sistema de desconto em folha de vencimento do (a) CONTRATANTE, ou no primeiro dia útil do mês, indicado na ficha de Inscrição, para pagamento por outro sistema;

11.3 Se vier a ocorrer variação comprovada de qualquer dos percentuais dos componentes de custos, poderá a CONTRATADA adequá-la à efetiva realidade da estrutura de custo do Plano de Saúde, objeto deste Contrato

11.4 O não recebimento do carnê ou outro instrumento de cobrança não desobriga o (a) CONTRATANTE, de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal;

11.5 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

11.6 O pagamento antecipado das Contribuições Mensais não elimina nem reduz os prazos de carência deste Regulamento;

11.7 O pagamento da Contribuição Mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores;

11.8 O atraso no pagamento das Contribuições Mensais, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do presente Regulamento, implicará na sua suspensão ou rescisão automática, desde que a CONTRATADA tenha comunicado ao (à) CONTRATANTE, sua condição de inadimplência até o 50º quinquagésimo dia de atraso, acumulado ou consecutivo.

## **XII – REAJUSTE**

12.1 A mensalidade será reajustada na data do aniversário do contrato cuja periodicidade é de 12 meses e com os índices divulgados e autorizados pela ANS.

12.2 O reajuste da contribuição mensal do presente Regulamento, fica condicionada aos termos da Lei nº 9.656/98, e legislação subsequente, anualmente, através de Ato Normativo;

12.3 Aumento decorrente de implantação, na estrutura de custo da CONTRATADA, de fatores incontrolláveis que incidam sobre aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Regulamento; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação estará sujeita à aprovação pela ANS;

12.4 Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Regulamento, a Contribuição Mensal será reajustada, de acordo com a Tabela de Faixas Etárias.

## **XIII - FAIXAS ETÁRIAS**

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

FAIXA ETÁRIA	VARIACÃO %
De 0 a 18 anos	
De 19 a 23 anos	
De 24 a 28 anos	

De 29 a 33 anos	
De 34 a 38 anos	
De 39 a 43 anos	
De 44 a 48 anos	
De 49 a 53 anos	
De 54 a 58 anos	
Acima de 59 anos	

13.2 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do **BENEFICIÁRIO**, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente

13.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

13.4 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

13.5 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/03, em específico no seu art. 15 §3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao **BENEFICIÁRIO** com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste contrato, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste contrato.

#### **XIV - BÔNUS – DESCONTOS**

14.1 O presente Regulamento não prevê desconto ou bônus.

#### **XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

15.1 As regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos por Adesão, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, não se aplicam a este regulamento.

#### **XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

16.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato também será rescindido de pleno direito, independentemente de notificação e/ou interpelação extra ou judicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

16.1.1 Sempre que, por fraude, obtiver o(a) CONTRATANTE qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da CONTRATADA;

16.1.2 Atraso, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso, cumulado ou consecutivo;

16.1.3 Qualquer fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do(a) CONTRATANTE e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Contrato, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

## **XVII – RESCISÃO**

17.1 Caso o presente Contrato seja rescindido antes de seu término ou do término de suas prorrogações, fica a parte que deu origem à sua rescisão, obrigada ao pagamento, de uma só vez, de todos os valores das contraprestações pecuniárias devidas até o término do ano contratual;

17.2 A rescisão contratual, por iniciativa do (a) CONTRATANTE, somente poderá se dar mediante solicitação escrita a ser encaminhada à CONTRATADA;

17.3 O (A) CONTRATANTE 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 Contrato.

17.4 Haverá ainda a exclusão por pedido formal do usuário.

17.5 Se o associado deixar de contribuir com os 2% à CBPM ou o percentual correspondente ao repasse da CRUZ AZUL, para fins de assistência médica, deverá recolher esse valor diretamente à CONTRATADA, sob pena de, não o fazendo, ser excluído dos quadros de associados.

17.6 O (A) CONTRATANTE obriga-se a devolver, incontinentemente, à CONTRATADA, os cartões de identificação de beneficiários deste Regulamento, em caso de sua rescisão, ou o do beneficiário dependente em caso de exclusão do Plano, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constante do Plano;

## **XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

18.2 Os dependentes do(a) CONTRATANTE, juntamente com este(a), considerados beneficiários do Plano, estão identificados na Ficha de Inscrição e Proposta de Admissão que acompanha o presente Regulamento, que, rubricados pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins de direito.

18.3 O(A) CONTRATANTE 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.

18.4 Os dependentes do(a) CONTRATANTE, juntamente com este(a), considerados beneficiários do Plano, estão identificados na Ficha de Inscrição e Proposta de Admissão que acompanha o presente Regulamento, que, rubricados pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins de direito.

18.5 A CONTRATADA colocará a disposição do beneficiário do Plano a que alude este Regulamento, para a cobertura assistencial ora contratada, ambulatorios, laboratórios, consultórios e hospitais e respectivos profissionais da área de saúde;

### **XIX - ELEIÇÃO DE FORO**

19.1 As partes elegem, como privilegiado, o foro da Comarca de domicilio do(a) CONTRATANTE, para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Regulamento.

19.2 E, assim por estarem concordes nos termos acima as partes contratantes firmam o presente instrumento, em duas (2) vias de igual teor e forma, juntamente e assistidas por duas testemunhas.

Inicio Contrato – \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Andradina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

O(A) **CONTRATANTE:** \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ – CPF. \_\_\_\_\_

O(A) **CONTRATADA:** \_\_\_\_\_  
ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / ANDRADINA

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_