



Associação Policial de Assistência à Saúde

Rua. Rio Grande do Sul n.º 121 - Centro - Cep. 17.509.130 - Marília - SP.
CNPJ.: 57.272.510/0001-35 Fone/Fax.: (014)3433-1313 e 3413-5040
Registro na ANS - 40.693-7 e - mail: apasmari@terra.com.br

CONTRATO N.º _____ / _____
RE/MAT.: _____

Ministério da Saúde
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
Sistema de Registro de Planos de Saúde

Razão Social: ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – APAS/Marília
CNPJ: 57.272.510/0001-35 - Registro ANS: 406937
Classificação da operadora na ANS: Autogestão Não Patrocinada

INSTRUMENTO JURÍDICO

Plano: INDIVIDUAL “C”

Dados Gerais

Natureza do Contrato.....: **Autogestão não Patrocinada**
Tipo de Contratação.....: **Coletivo por adesão**
Segmentação Assistencial.....: **Médico-Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**
Área Geográfica de Abrangência...: **Grupo de municípios**
Padrão de Acomodação.....: **Coletivo – Padrão Enfermaria**
Acesso a Livre Escolha.....: **Não se Aplica**
Mecanismos de Regulação.....: **Coparticipação**
Formação do Preço.....: **Mensalidade Pré-Estabelecida**
Vínculo do Beneficiário.....: **Associado – Sem vínculo empregatício**

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

1.1. A Associação Policial de Assistência à Saúde de Marília – APAS/Marília, CNPJ Nº 57.272.510/0001-35, Registro na ANS Nº 40.693-7, é uma Associação de Policiais Militares ativos, inativos e pensionistas, sem fins econômicos, com domicílio, sede e foro jurídico na Comarca de Marília, Estado de São Paulo, na Rua Rio Grande do Sul n.º 121, Centro, CEP 17.509-130, Marília/SP, classificada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para operar na modalidade de **AUTOGESTÃO NÃO PATROCINADA**, destinada a contratar serviços médicos hospitalares aos seus sócios, dependentes e beneficiários e, reger-se-á pelas disposições legais aplicáveis, pelo seu Estatuto Social, Regimento Interno e Normas da ANS.

CLÁUSULA II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

2.1. A Pessoa Física contratante, Beneficiário Individual Titular, conforme termo de adesão ao presente contrato, neste ato identificado:

Nome:			
Posto / Grad.:		RE / Matrícula:	
Data de Nasc.:		RG: / Org. Exp.:	
CPF:		Nº Cartão SUS:	
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Endereço:			
Bairro:		CEP:	

CLÁUSULA III - OBJETO DO CONTRATO:

3.1. É objeto do presente Contrato, operar planos privados de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei Federal nº 9.656/1998, por meio da contratação de profissionais, hospitais, ambulatórios, clínicas, serviços auxiliares de diagnose, terapeutas e outros, visando à Assistência Médico-Hospitalar aos Policiais Militares e Pensionistas ASSOCIADOS da APAS/Marília, exclusivamente na área geográfica de sua atuação.

CLÁUSULA IV – NATUREZA DO CONTRATO:

4.1. A natureza do presente contrato é através do programa de contratação **Coletivo por Adesão**, administrado em regime de **Autogestão não Patrocinada**, sem fins econômicos, devendo o Contratante expressar pleno conhecimento e concordância com os termos desse instrumento no ato de sua assinatura.

CLÁUSULA V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

5.1. O produto, objeto do presente, designado pelo nome comercial de “**PLANO INDIVIDUAL – C**”, registrado na ANS sob o **Nº 425.390/99-6**, destina-se exclusivamente aos Policiais Militares solteiros e/ou Pensionistas sem dependentes, associados titulares da APAS/Marília.

CLÁUSULA VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO:

6.1. A modalidade de contratação do referido plano caracteriza-se como “**CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO**”, regido pelas disposições legais, pelo Estatuto Social, Regimento Interno da APAS/Marília e Normas da ANS.

CLÁUSULA VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

7.1. A segmentação do presente Contrato visa à cobertura assistencial Médico-Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, compreendendo partos e tratamentos realizados exclusivamente no

Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar para o tratamento das doenças relacionadas à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado periodicamente pela ANS e vigente à época do evento.

CLÁUSULA VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

8.1. A área geográfica de abrangência da APAS/Marília corresponde a “**GRUPO DE MUNICÍPIOS**”;

8.2. Sua “**Área de Atuação**” será no **Grupo de Municípios de:** “Marília, Queirós, Quintana, Herculândia, Borá, Quatá, João Ramalho, Tupã, Arco Íris, Iacri, Bastos, Parapuã, Rinópolis, Echaporã, Oscar Bressane, Oriente, Pompéia, Fernão, Gália, Alvinlândia, Lupércio, Ocaucu, Garça, Vera Cruz, Álvaro de Carvalho e Júlio Mesquita”.

CLÁUSULA IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

9.1. O “**Padrão de Acomodação em Internação**”, coberta pelo presente plano é no sistema coletivo - “**PADRÃO ENFERMARIA**”.

9.2. Havendo indisponibilidade de leito em rede hospitalar própria ou credenciada, conforme item anterior será garantido acomodação superior, sem custo adicional.

CLÁUSULA X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO:

10.1. Poderão ser admitidos na condição de Beneficiário Titular deste contrato o Policial Militar solteiro e os filhos(as) solteiros(as), ou os(as) emancipados(as) pelos ASSOCIADOS titulares da APAS/Marília, que concordarem com as disposições legais, estatutárias, regimentais, que estejam em pleno exercício de suas faculdades e cumpram os seguintes requisitos:

10.1.1. Efetuar o pagamento das taxas administrativas correspondentes;

10.1.2. Efetuar o pagamento das mensalidades, de acordo com a faixa etária;

10.1.3. Efetuar o pagamento da coparticipação quando da utilização do plano;

10.1.4. Cumprir os prazos de carência estipulados pela ANS.

CLÁUSULA XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS:

11.1. A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura básica prevista nesta Cláusula, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10 - CID-10, conforme o **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente à época do evento**.

11.2. 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.

11.3. 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.

11.4. 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.

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

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

COBERTURA AMBULATORIAL:

11.7. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatorios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

11.8. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, com médicos conveniados em clínicas básicas e especializados, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

11.9. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

11.10. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicológico, 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.

11.11. 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.

11.12. 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.

11.13. Cobertura para os procedimentos considerados especiais, tais como: a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; b) quimioterapia oncológica ambulatorial; c) radioterapia; d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial; e) hemoterapia ambulatorial; f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

11.14. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo: a) atividades educacionais; b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar; c) atendimento clínico; d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA); e) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

11.15. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:

11.16. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos e serviços hospitalares, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, realizados em clínicas e hospitais credenciados ou contratados.

11.17. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o procedimento: sulfato de dehidroepiandrosteron a (SDHEA).

11.18. Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

11.19. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratada pelo plano.

11.20. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

11.21. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

11.22. Cobertura de 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.

11.23. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.

11.24. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

11.25. Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI/UTI ou similares.

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

11.27. Cobertura para os procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar, tais como: a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD; b) Quimioterapia oncológica ambulatorial; c) Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar; d) Hemoterapia; e) Nutrição parenteral e enteral; f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; g) Embolizações; h) Radiologia intervencionista; i) Exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos; j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física; h) Acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção.

11.28. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

11.29. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época vigente.

11.30. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério.

11.31. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato.

11.32. Cobertura assistencial ao 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, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo.

11.33. Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10 - CID-10, incluindo:

11.33.1. Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

11.33.2. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dias de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

11.33.3. Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano;

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

11.34. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

11.34.1. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber: **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; **D)** As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento as SUS.

11.35. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme a legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

11.36. É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

CLÁUSULA XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA:

12.1. A cobertura assistencial de que trata o presente instrumento compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, sendo **EXCLUÍDOS** os seguintes:

12.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, **aquele que:** **A)** Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; **B)** É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; **C)** Não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

12.1.2. 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 lesionado, sejam por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

12.1.3. 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 pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

12.1.4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

12.1.5. 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;

12.1.6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente na época do evento;

12.1.7. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; **(Prótese:** *qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Órtese:* *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);*

12.1.8. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

12.1.9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

12.1.10. Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

12.2. A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no sítio institucional da ANS na Internet (www.ans.gov.br), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.

12.3. Internação domiciliar em substituição à internação hospitalar.

CLÁUSULA XIII - VIGÊNCIA:

13.1. O presente instrumento terá validade inicial de 12 (doze) meses a contar da data da assinatura das Partes, podendo ser renovado automaticamente por prazo indeterminado.

13.2. Na renovação, prevalecerão todas as condições pactuadas sem que haja cobrança de novas taxas, qualquer outro valor ou períodos adicionais de carência.

13.3. Nos termos do Estatuto Social, a critério do Contratante, o presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer momento em que solicitar o seu desligamento do quadro associativo.

CLÁUSULA XIV – DURAÇÃO DO CONTRATO:

14.1. Este Termo terá vigência inicial de 01 (um) ano, a partir de sua assinatura.

14.2. Após esse prazo, a renovação do contrato será automática e por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

CLÁUSULA XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA:

15.1. O atendimento será assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora e os prazos de carência que serão contados a partir da data de assinatura deste contrato.

15.2. A cobertura assistencial só entrará em vigor após o cumprimento dos prazos de carência abaixo, contados da data de assinatura do contrato:

	TIPOS DE PROCEDIMENTOS	Prazo de Carência
1	Acidentes Pessoais Urgência/Emergência	24 horas
2	Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico	30 dias
3	Exames simples; Procedimentos Terapêuticos Ambulatoriais básicos (exceto se for de urgência/emergência); Serviços Auxiliares de Diagnose.	60 dias
4	Internações em geral: Clínicas; Cirúrgicas; As decorrentes de transtornos mentais; Por uso de substâncias químicas; (inclusive em UTI).	180 dias
5	Exames e Procedimentos de alto custo: a) Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica; b) Exames de Ultrassonografia; c) Exames radiológicos de Tomografia Computadorizada, de Neurorradiologia, Angiografia, Coronariografia, Mielografia, Radiologia Intervencionista e exames de Ressonância Magnética; d) Exames de Hemodinâmica, Cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e Imunocintilografia; e) Procedimentos Terapêuticos, Endoscópicos digestivos, Respiratórios e Urológicos; f) Hemodinâmica Terapêutica e Angioplastias; g) Quimioterapia e Radioterapia; h) Procedimentos para Litotripsia; i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial; j) Artroscopia; k) Diálise ou hemodiálise; l) Hemoterapia; m) Câmara Hiperbárica; n) Cirurgias em regime de hospital-dia.	180 dias
6	Partos a Termo	300 dias
7	Doença ou lesão preexistente; Internações e Eventos cirúrgicos relacionados às doenças preexistentes; Leitos de alta tecnologia; Procedimentos de alta complexidade.	24 meses
8	Auxílio Funeral	120 dias

15.3. O pagamento antecipado de mensalidades, coparticipações ou taxas administrativas não elimina nem reduz os prazos de carência do Contrato.

CLÁUSULA XVI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES:

16.1. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o Contratante ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas pelas Resoluções Normativas da ANS.

16.2. “**Cobertura Parcial Temporária (CPT)**” é aquela que admite que Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Contratante ou seu representante legal, tenham a cobertura suspensa por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação do plano privado de assistência à saúde.

16.3. “**Agravo**” é uma cláusula que admite 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 a decorrência dos prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o Contratante.

16.4. A Carta de Orientação ao Beneficiário visa orientar o Contratante sobre o correto preenchimento do formulário de Declaração de Saúde (DS), os quais devidamente identificados, datado e assinado pelas partes, obrigatoriamente integram este termo.

16.5. O Contratante/beneficiário terá o direito de preencher corretamente a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada e orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus.

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

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

16.8. A omissão de informação sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) quando do preenchimento da Declaração de Saúde para admissão no plano e/ou da entrevista qualificada e orientada por médicos credenciados ou não pela contratada, caracteriza **FRAUDE**, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei Federal nº 9.656/98.

16.9. Nos termos do Estatuto Social e do Regimento Interno da APAS/Marília, **NÃO SE APLICA ao presente contrato nenhuma “cláusula de Agravo” como opção à “Cobertura Parcial Temporária - CPT” nos casos de doenças ou lesões preexistentes, conforme faculta o artigo 6º, parágrafo 1º da Resolução Normativa nº 162/07.**

CLÁUSULA XVII – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

17.1. O presente instrumento dará cobertura assistencial aos procedimentos de **urgência e emergência** de que trata o art. 35-C, da Lei Federal nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, assim entendidos:

17.1.1. **Urgência:** - os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

17.1.2. **Emergência:** - os que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

17.2. Durante o cumprimento dos prazos de carência, a cobertura para os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional será prestada pelo período de 12 (doze) horas.

17.3. Depois de cessada a urgência ou a emergência, havendo a necessidade de internação durante o cumprimento de carência, ainda que por tempo inferior a 12 (doze) horas, a cobertura cessará e a responsabilidade financeira pelo evento passará a ser do usuário Contratante.

17.4. Atendimentos de urgência e emergência em que o usuário não puder utilizar-se da rede de prestadores credenciados pela Contratada, fora da sua área geográfica de abrangência, poderão ter suas despesas reembolsadas com base nos valores praticados pelos prestadores credenciados e de acordo com os valores da tabela AMB-92, mediante a apresentação dos seguintes documentos originais:

14.4.1. Relatório do médico assistente com o respectivo diagnóstico, tratamento realizado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;

17.4.2. Recibos individuais de honorários médicos ou Nota Fiscal quando se tratar de pessoa jurídica, todos devidamente quitados;

17.4.3. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados: a) Nome completo do paciente; b) Procedimento e data de sua realização; c) Atuação do médico (clínico e outros); d) Valor dos honorários; e) Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;

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

17.5. Decorrido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas, a contar da data de assinatura do Contrato, os atendimentos de urgência/emergência em razão de acidentes pessoais serão garantidos sem nenhuma restrição.

CLÁUSULA XVIII – DA REMOÇÃO:

18.1. A remoção do paciente será garantida pela Contratada nas seguintes hipóteses:

18.1.1. Para outra unidade de atendimento da rede contratada ou credenciada da APAS/Marília, depois de realizados os atendimentos com urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

18.1.2. Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação durante o período de carência.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

18.2. À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

18.3. Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

18.4. A CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

18.5. Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA XIX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES:

19.1. NÃO SE APLICA ao presente termo a opção de acesso a livre escolha de prestadores. APLICA-SE, tão somente aos profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços contratados e/ou credenciados na área geográfica de abrangência da APAS/Marília, dentre os quais os usuários poderão optar livremente para receber assistência médico-hospitalar.

CLÁUSULA XX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO:

20.1. Nos termos da legislação vigente, o mecanismo de regulação ao presente instrumento é a cobrança da “**COPARTICIPAÇÃO**” do usuário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora após a realização de consultas, exames ou outros procedimentos.

20.2. O fator moderador de Coparticipação do usuário é o estabelecido na tabela abaixo, ou outros que sobrevierem:

<u>PROCEDIMENTOS</u>	Fator Moderador
Durante a Carência – Qualquer serviço – mesmo em caso de urgência/emergência	100%
FALTAR à Consulta Agendada	100%
1ª Consulta no Mês	20%
2ª Consulta - Mesmo Usuário no decorrer do Mês	30%
Demais Consultas dentro do Mês - Mesmo que em Patologias Diferentes	50%
Exame de qualquer Tipo	20%
Após o 1º Exame Especializado de cada Tipo/Ano, tais como: Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Pet Scan, Endoscopia e outros de alto custo	50%
Ultrassonografia na Gravidez: Uma por trimestre de gravidez	20%
Ultrassonografia na Gravidez: Mais que uma por trimestre de gravidez	50%
Medicamentos e Materiais utilizados nos exames	50%
Atendimentos em Psicologia e Fonoaudiologia	30%
Atendimentos em Terapia ocupacional até a 10ª seção dentro do mesmo mês	30%
Atendimentos em Terapia ocupacional após a 11ª seção dentro do mesmo mês	50%
Fisioterapia até a 10ª seção dentro do mesmo mês	30%
Fisioterapia após da 11ª seção dentro do mesmo mês	50%
RPG (Reabilitação Postura Global) até a 5ª seção dentro do mesmo mês	30%
RPG (Reabilitação Postura Global) após a 6ª seção dentro do mesmo mês	50%

Serviços eletivos (qualquer procedimento) - <u>fora da área geográfica da APAS /Marília</u> - mais custos administrativos	100% da diferença do custo
Qualquer procedimento - <u>fora da área geográfica da APAS/Marília</u> - Depois de cessada a urgência - mais custos administrativos	100% da diferença do custo
Câmara Hiperbárica (independente do número de sessões)	30%
Quimioterapia, Radioterapia e outros Procedimentos Ambulatoriais (independente do número de sessões)	30%
Medicamentos para tratamento de Quimioterapia Ambulatorial e Domiciliar	30%
Exames Laboratoriais não cobertos pelo Rol de Procedimentos da ANS - mais custos administrativos	100%
Próteses e Órteses de origem estrangeira e não nacionalizadas não cobertos pelo Rol de Procedimentos da ANS - mais custos administrativos	100%
Transtornos Mentais: - A partir do 31º dias de internação contínuos ou não, por ano de contrato	50%
Hospital-Dia: - A partir do 31º dias contínuos ou não, por ano de contrato: Para os Transtornos relacionados na CID-10: F10, F14, F20 a F29, F30, F31 e F84	50%
Para os diagnósticos F00 a F09, F70 a F79 e F90 a F98, descritos na CID-10: - Após 180 (cento e oitenta) dias de tratamento, por ano de contrato	50%

20.3. A Contratada disponibilizará guia médico atualizado, impresso e/ou eletrônico, dos profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços contratados e/ou credenciados na área geográfica de abrangência da APAS/Marília, dentre os quais os usuários poderão optar livremente para receber assistência médico-hospitalar.

20.4. Eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei Federal nº 9.656/98.

20.5. A Contratada disponibilizará também, o “Manual de Orientação ao Usuário”, especificando condições de atendimento e assistência médico-hospitalar junto aos prestadores credenciados, bem como futuras alterações introduzidas conforme normas da ANS.

CLÁUSULA XXI - FORMAÇÃO DO PREÇO:

21.1. Nos termos das disposições legais, Estatutárias e Regimentais da APAS/Marília, a formação do preço para a cobertura assistencial contratada é preestabelecida por meio do pagamento de “**MENSALIDADE**”, conforme a faixa etária de cada usuário, resultante de cálculo atuarial.

CLÁUSULA XXII - PAGAMENTO DA MENSALIDADE:

22.1. O pagamento das mensalidades, coparticipações ou outros encargos financeiros do Contratante serão realizados através de desconto consignado em demonstrativo de pagamento, podendo ocorrer, também, através de débito em conta corrente ou boleto bancário se não houver margem para consignação.

22.2. Havendo atraso no pagamento, incidirá cobrança de multa de 2% (dois por cento), mais juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

22.3. O atraso no pagamento das mensalidades por um período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, acarretará na rescisão unilateral do contrato e a exclusão do associado e seus dependentes do quadro associativo da APAS/Marília, nos termos do Artigo 13, Inciso II, da Lei Federal 9.656/98.

22.4. O pagamento da “Mensalidade” do mês de referência não quita débitos anteriores.

CLÁUSULA XXIII - REAJUSTE:

23.1. O presente Termo observará o princípio da anualidade do contrato e não será aplicado reajuste por variação de custo em periodicidade inferior a 12 (doze) meses.

23.2. A mensalidade será reajustada monetariamente na data base do Reajuste de Plano Coletivo – RPC, mediante deliberação da Assembleia Geral dos associados, ocorrida no mês de junho de cada ano, para aplicação no mês de agosto seguinte, **através de livre negociação e independe** de índice fixado pela ANS, que posteriormente será informado à ANS.

23.3. O índice a ser definido pela Diretoria Executiva da APAS/Marília será precedido de acompanhamento da variação de custos médico-hospitalares do período e submetido à deliberação da Assembleia Geral dos associados que poderá acompanhar ou divergir dos índices divulgados pela ANS.

23.4. Além do reajuste anual da mensalidade, haverá o **reajuste por mudança de faixa etária** cada vez que o Contratante/beneficiário deslocar de uma para outra faixa etária pré-definida em contrato; e o **reajuste por sinistralidade** em razão de maior utilização dos serviços contratados pelos beneficiários e/ou aumento dos custos médico-hospitalares, que cause o desequilíbrio atuarial do contrato em relação ao percentual entre receitas e despesas.

23.5. O reajuste por faixa etária aplica-se na idade inicial de cada faixa e pode ocorrer tanto pela mudança de idade do titular como dos dependentes do plano. Assim, se coincidirem a mudança de faixa etária e o aniversário do plano, o Contratante terá dois reajustes.

CLÁUSULA XXIV - FAIXAS ETÁRIAS:

24.1. Nos termos da Resolução Normativa - RN nº 63, de 22/12/2003, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as faixas etárias dos planos de saúde são divididas em 10 (dez), conforme abaixo:

I - de 0 (zero) até 18 (dezoito) anos de idade;

II - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;

III - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;

IV - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;

V - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;

VI - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;

VII - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;

VIII - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;

IX - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;

X - de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

24.2. Em havendo alteração de faixa etária de qualquer Beneficiário inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última

contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/2003:

24.2.1. - **I.** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

24.2.2. - **II.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;

24.3. Percentuais de aumento por faixa etária pós Resolução Normativa - RN 63/2003:

FAIXA ETÁRIA		% AUMENTO
I	00 a 18 anos	
II	19 a 23 anos	
III	24 a 28 anos	
IV	29 a 33 anos	
V	34 a 38 anos	
VI	39 a 43 anos	
VII	44 a 48 anos	
VIII	49 a 53 anos	
IX	54 a 58 anos	
X	59 ou mais	

CLÁUSULA XXV - BÔNUS - DESCONTOS:

25.1. O presente Instrumento não concederá bônus, descontos ou quaisquer vantagens que estimulem os usuários na redução da utilização dos serviços contratados.

25.2. É expressamente vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitados em prazos contratuais ou em função de idade do Contratante.

CLÁUSULA XXVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS:

26.1. NÃO SE APLICA ao presente Instrumento por se tratar de **Plano Coletivo por Adesão**, administrado em regime de **Autogestão não Patrocinada**, sem fins econômicos.

CLÁUSULA XXVII - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS:

27.1. O vínculo do Contratante ao presente Instrumento é na condição de Beneficiário Titular associado da APAS/Marília - PoliciaI Militar solteiro e/ou Pensionista sem dependentes -, através do programa de contratação **Coletivo por Adesão**, administrado em regime de **Autogestão não Patrocinada**.

CLÁUSULA XXVIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

28.1. O Contratante perderá a qualidade de Beneficiário quando:

28.1.1. A qualquer tempo que requerer por escrito o seu desligamento da Associação;

28.1.2. Deixar de atender os requisitos que foram exigidos para a sua admissão e permanência no plano de saúde, ou seja: ser Policial Militar ou Pensionista associado titular da APAS/Marília;

28.1.4. Pelo cometimento de fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta dias) consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, nos termos do Artigo 13, Inciso II, da Lei Federal 9.656/98;

28. 2. Em qualquer situação o Contratante não ficará isento de saldar seus débitos junto à Associação.

28.3. Neste caso, o falecimento do associado titular caracteriza a extinção do contrato.

CLÁUSULA XXIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO:

29.1. O presente instrumento poderá ser suspenso ou rescindido unilateralmente por fraude comprovada ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta dias) consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, nos termos do Artigo 13, Inciso II, da Lei Federal 9.656/98.

29.2. Na hipótese da dissolução da Associação, o encerramento de sua atividade como operadora de planos de saúde se dará de acordo com seu estatuto, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente, ressalvado, em qualquer caso, o disposto na legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA XXX - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

30.1. O presente instrumento, de acordo com as suas características cadastradas na ANS, dará cobertura às doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10, da OMS, **conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, editado periodicamente pela ANS e vigente à época do evento e **NÃO CONTEMPLARÁ** Coberturas Adicionais e nem a livre escolha de prestadores não credenciados pela operadora.

CLÁUSULA XXXI - DISPOSIÇÕES GERAIS:

31.1. As atividades da APAS/Marília reger-se-ão pelo seu Estatuto, pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, normas e regulamentações subsequentes da ANS e, em caso de sua revogação, por legislação que lhe vier a substituir.

31.2. A Assembleia Geral dos Associados é o órgão soberano da APAS/Marília e, de acordo com seu Estatuto, tem poderes para decidir, dentro dos limites legais, todas as questões de interesse da Associação, cujas decisões valerão para todos os associados, ainda que ausentes ou discordantes.

31.3. Para consecução do seu objetivo, a APAS/Marília poderá: **a)** Manter serviços próprios de assistência médico-hospitalar; **b)** Celebrar convênios e/ou Firmar contratos com qualquer entidade pública ou privada do gênero; **c)** Credenciar ou contratar profissionais para prestação de serviços médico-hospitalares aos seus usuários; **d)** Filiar-se a outras entidades congêneres sem perder sua individualidade e poder de decisão; **e)** Contratar pessoal para exercer atividades específicas ou especializadas; **f)** Constituir mandatários para representá-la na esfera judicial, extrajudicial ou administrativa.

31.4. A contratação de serviço de assistência médico-hospitalar oferecida aos associados deverá ter padrão técnico-científico comparável às melhores entidades no setor da medicina social.

31.5. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) Contratante, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC), a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Declaração de Saúde do titular e dependentes, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, o Manual de Orientação ao Beneficiário, e o Cartão de Identificação UNIMED/APAS.

31.6. Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o (a) Contratante deverá participar, por escrito, o fato à Contratada, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor da época, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela Contratada.

31.7. Reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à Contratada.

CLÁUSULA XXXII – ELEIÇÃO DE FORO:

32.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio do Contratante para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

32.2. E assim, por estarem as PARTES justas e contratadas, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias, de igual teor e forma que, depois de lido e achado conforme, é assinado pelas PARTES para que produza todos os efeitos de direito, na presença das testemunhas abaixo identificadas e assinadas.

Marília, _____.

O(A) Contratante: _____

Nome...:

RE.....:

A Contratada: _____

Associação Policial de Assistência à Saúde

Testemunhas:

1. _____

Nome.

RG.....:

2. _____

Nome..:

RG.....: