



Associação Policial de Assistência à Saúde

Rua Conde d'Eu, 292 - Vila Boa Vista - Sorocaba/SP - 18030-040 | 15 3331.7092

CNPJ Nº 71.559.272/0001-74 | IE: Isento

Registrado no 1º Registro Civil de Pessoas Jurídicas sob nº 46.172
Sociedade Civil sem fins lucrativos | Fundada em 14 de Março de 1994

TOP

ANS - Nº 41012-8

REGULAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS – HOSPITALARES PLANO: APAS TOP

A - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA (CONTRATADA):

Associação Policial de Assistência à Saúde, com sede na cidade de Sorocaba, SP, Rua Conde D'Eu, 292, Bloco B - Vila Boa Vista – Sorocaba / SP, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 71.559.272/0001-74, registrada perante a ANS sob nº 41012-8, classificada pela Agência Nacional de Saúde como Autogestão não Patrocinada;

B - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

Nome:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Telefone:

Filiação:

Data de Nascimento:

RG nº:

CPF nº:

Órgão expedidor: SSP/SP

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

Nome do Plano = APAS TOP

Número de Registro do Produto na ANS = 432.462/00-5

D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Coletivo por Adesão

E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Grupo de Municípios.

G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Compreende os seguintes municípios: Sorocaba, Votorantim, Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Cerquilha, Ibiúna, Iperó, Itu, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Tapiraí e Tietê.

H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

- i. Individual;
- ii. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional

I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 1.1 O presente regulamento tem por finalidade a Prestação de Serviços continuada de Assistência à Saúde, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar visando à prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei nº 9.656.
- 1.2 O presente Contrato, reveste-se de característica bilateral, gerando direito e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 47 e 477 do Novo Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.046/2002), considerando-se, ainda, esta avença, como um Contrato Aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 do mesmo código. Outro assim, este Contrato sujeita-se às normas estatuídas na Lei Federal nº 9.656/1998 e legislação específica que vier a suceder-la, e subsidiariamente pelo Código de Defesa do Consumidor.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 2.1 Serão considerados beneficiários deste Regulamento, Policial Militar ou Pensionista da CBPM (Caixa Beneficente da Polícia Militar), inscritos na Proposta de Adesão, que serão considerados Titulares, bem como seus dependentes
- 2.2 A inscrição posterior a este Regulamento, dependerá de anuência da APAS, ficando sob a responsabilidade do Titular, a apresentação de documento que comprovem a dependência.
- 2.3 Dependentes, para fins deste Regulamento são:
 - I. Cônjuge;
 - II. A companheira (o), desde que haja vida em comum por mais de 05 (cinco) anos, ou por período inferior, se resultou filho da união;
 - III. O filho (a), o enteado (a), até 18 (dezoito) anos, não emancipado, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
 - IV. O menor, até 18 (dezoito), não emancipado, do qual o associado titular detenha a guarda judicial;
 - V. O irmão, neto ou bisneto, sem arrimo dos pais, até 18 (dezoito) anos, não emancipado, desde que o associado titular tenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado para o trabalho;
 - VI. Os pais, avós ou bisavós, desde que não auferam rendimentos e dependam economicamente do associado;
 - VII. O absolutamente incapaz do qual o contribuinte seja tutor ou curador.
- 2.4 Ao recém-nascido, desde que cumprida a carência de 300 dias pela mãe ou pelo pai, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravado.
- 2.5 Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, será assegurada a inscrição sem cumprimento de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.
- 2.6 Em caso de inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, como dependente, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

III - 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:
- I. 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.
 - II. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
 - III. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.
 - IV. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
 - V. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
 - VI. Consultas Médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
 - VII. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
 - VIII. Cobertura de Serviços de Apoio Diagnóstico, Tratamentos e Demais Procedimentos Ambulatoriais, incluindo Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.
 - IX. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.
 - X. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
 - XI. **Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:**
 - a. Atividades educacionais;
 - b. Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - c. Atendimento clínico;
 - d. Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - e. Implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.
 - XII. **Procedimentos Considerados Especiais:**
 - a. Hemodiálise Crônica e Diálise Peritoneal - CAPD;
 - b. Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
 - c. Radioterapia;
 - d. Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
 - e. Hemoterapia Ambulatorial;
 - f. Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.
 - XIII. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
 - XIV. Internações, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação

em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

- XV.** Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- XVI.** Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- XVII.** Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;
- XVIII.** Cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente,
- XIX.** Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTEROA (SDHEA);
- XX.** Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XXI.** Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar:
 - a.** Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b.** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c.** Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - d.** Hemoterapia;
 - e.** Nutrição parenteral ou enteral;
 - f.** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g.** Embolizações e radiologia intervencionista;
 - h.** Radiologia intervencionista;
 - i.** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j.** Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- XXII.** Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XXIII.** Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.
- XXIV.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.
- XXV.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.
- XXVI.** Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados incluindo, quando couber, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com a captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, ressalvando que o Beneficiário, candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deve, obrigatoriamente, providenciar a sua inscrição em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs.

- XXVII.** Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/10ª Revisão - CID 10, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo as seguintes coberturas:
- a. Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
 - b. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes; 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 seguro.
 - c. A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.
- XXVIII.** Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato; e assistência o recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

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

V – DURAÇÃO DO CONTRATO

- 5.1** O presente Regulamento terá seu início de vigência, a contar da data de assinatura da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, considerando-se o que ocorrer primeiro, com validade de 12 meses. Para efeito de contagem de carências, a mesma inicia a partir da data de assinatura no Termo de Adesão, pelo Contratante.
- 5.2** O presente regulamento terá prazo de 12 (doze) meses a contar da data constante na Proposta de Adesão e será prorrogado automaticamente por iguais períodos sucessivos, se não houver manifestação contrária das partes.
- 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 associado e seus dependentes obedecerão as seguintes carências para fazer uso da Cobertura assistencial:
 - a.** Urgência e emergência24 horas;
 - b.** Consulta Médica30 dias;
 - c.** Exame de Análise Clínicas (Laboratório de Análises)60 dias;
 - d.** Exame Diagnóstico: Ultrassonografia, Densitometria Ósea, Eco Cardiografia, Ergometria e Sistema Holter 12 / 24 horas90 dias;
 - e.** Exames Especiais: Cineangiografiografia, Cintilografia, colonoscopia, endoscopia, tomografia e ressonância magnética180 dias;
 - f.** Procedimentos Especiais: Quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise180 dias;
 - g.** Internação hospitalar: Clínica, Cirúrgica, Psiquiátrica180 dias;
 - h.** Partos a termo300 dias;
 - i.** Na transferência para o plano com cobertura maior, haverá carência de 90 (noventa) dias para novas coberturas, não constantes na categoria anterior.
- 6.2** Para efeito de contagem de carências, a mesma inicia a partir da data de assinatura no **Termo de Adesão, pelo Contratante.**

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

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 assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
- 7.6** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
- 7.7** É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela 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** Quando em carência, serão cobertas as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas.
- 8.2** Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário titular, não cabendo ônus à operadora.
- 8.3** O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal é garantido sem restrições após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura do Termo de Adesão.
- 8.4** Para efeito desta cobertura, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.
- 8.5** Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional- porém ainda cumprindo período de carência - serão cobertas as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência / emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas. Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário titular, não cabendo ônus à operadora.
- 8.6** Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela operadora, dentro da abrangência geográfica, serão reembolsadas as despesas **cobertas pelo plano contratado**, observando-se os limites praticados pela Operadora com a Rede Credenciada.
- 8.7** Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à operadora os originais dos seguintes documentos:
- Relatório do médico assistente contendo diagnóstico (CID-10), tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência / emergência;
 - Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - Nome completo do paciente;
 - Procedimento e data de sua realização;
 - Atuação do médico (clínico e outros);
 - Valor dos honorários;

- Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.
 - c. Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.
- 8.8** O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada, através de cheque nominal ao usuário titular ou depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo.

REMOÇÃO

- 8.9** Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do tratamento ou pela necessidade de internação.
- 8.10** Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, quando o usuário estiver cumprindo os prazos de carência. A responsabilidade da operadora pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS, e dentro da abrangência geográfica do plano contratado.
- 8.11** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 8.12** Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.
- 8.13** Será garantida a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no regulamento, em território brasileiro.

IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

- 9.1** O presente regulamento não disponibiliza o livre acesso a escolha de prestadores.

X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 10.1** O presente plano prevê coparticipação de 30% (trinta por cento) para consultas, procedimentos ambulatoriais, pequenas cirurgias em ambiente ambulatorial, exames complementares de diagnósticos e imagens em geral.
- 10.2** Para os exames e procedimentos mantidos por meio de serviços próprios pela APAS – Sorocaba/Votorantim, quando, por opção do associado ou dependente, forem realizados na Rede Credenciada da cidade de Sorocaba, a Coparticipação será de 50% conforme aprovado em Regimento Interno.
- 10.3** Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Regulamento, estes, quando pacientes internados, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela Contratada, e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciados.
- 10.4** As internações feitas em caráter de urgência e emergência, deverão ser comunicadas à Contratada, num prazo máximo de 5(cinco) dias, 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.

- 10.5** A CONTRATADA colocará à disposição dos beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde a que alude este Regulamento, para a cobertura assistencial ora contratada, centros médicos, ambulatórios, laboratórios, consultórios e hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constante do “Manual de Orientação do Beneficiário”.
- 10.6** A CONTRATADA poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, constantes do mencionado “Manual de Orientação do Beneficiário”, sendo certo que a substituição será comunicada aos usuários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com (30) trinta dias de antecedência e deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.
- 10.7** A operadora reserva-se o direito de credenciar ou descredenciar médicos, hospitais e serviços auxiliares, devendo o descredenciamento do prestador hospitalar ser comunicado à Agência Nacional de Saúde e ao usuário titular, com trinta dias de antecedência.
- 10.8** A CONTRATADA poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei n.º 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais referenciados no referido “Manual de Orientação do Beneficiário”.
- 10.9** Em ocorrendo descredenciamentos, os beneficiários terão 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.
- 10.10** Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no presente Regulamento, o mesmo permanecerá internado, até regular a alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da CONTRATADA.
- 10.11** 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.
- 10.12** 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.
- 10.13** Para os procedimentos relacionados abaixo, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços credenciados pela **CONTRATADA**, além do cartão de identificação do beneficiário e documento de identidade, devidamente emitida e assinada pela **CONTRATADA**:
- 10.14** Dependerão sempre de prévia autorização os seguintes procedimentos médicos e serviços, a seguir relacionados:
- a. Internações: Clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.**
Nos casos de internações de urgências ou emergências, a autorização deverá ser solicitada, no máximo, em até 72 horas da hospitalização.
 - b. Serviços Auxiliares de Diagnose:**
Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cineangiocoronariografia e Cintilografia.
 - c. Tratamento:**
Diálise, Hemodiálise, Quimioterapia, Radioterapia, Rádio-Iodo-Terapia, Hidroterapia.
- 10.15** As guias de autorização serão emitidas no prazo máximo de 24 horas a contar do protocolo da solicitação na Operadora, por parte do usuário.
- 10.16** Ao usuário é garantido que no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, que a definição do impasse será feita através de junta médica, constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

- 10.17** As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas à CONTRATADA em até 72 (setenta e duas) horas, mediante a apresentação da declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente.

XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 11.1** Valores a serem pagos pela cobertura assistencial do presente plano, ora contratado, são determinados de forma PRÉ-ESTABELECIDADA.
- 11.2** A contraprestação pecuniária que o (a) Contratante pagará à Contratada, decorrente deste Regulamento, denomina-se TAXA MENSAL e será devida por si e pelos demais Beneficiários, individualmente, inscritos no presente Regulamento, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado na cláusula XIII, respeitado as faixas etárias dos beneficiários inscritos e sua proporção na Taxa Global. Faz parte da taxa mensal o repasse creditado pela Cruz Azul de São Paulo, referente a inscrição do titular.
- 11.3** O associado que mediante ação judicial, conseguir a isenção de pagamento do valor correspondente a 2% de seus vencimentos à Caixa Beneficente da Polícia Militar, para Assistência Médica Hospitalar por meio de convênio da Cruz Azul de São Paulo, deverá pagar o valor correspondente do repasse mensal que esta faz a Associação Policial de Assistência à Saúde – APAS Sorocaba / Votorantim, conforme convênio firmado entre as partes.
- 11.4** Em casos de atraso no pagamento da Taxas Mensais, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da Taxa Mensal, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (hum por cento) ao mês, calculado dia a dia.
- 11.5** O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.
- 11.6** O pagamento deverá ser feito até o dia de cada mês escolhido na Proposta de Adesão, podendo ser feito através de Desconto em Conta Bancária ou através de Boleto Bancário.

XII - REAJUSTE

- 12.1** A mensalidade será reajustada na data do aniversário do regulamento cuja periodicidade é de 12 meses e com os índices divulgados e autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 12.2** Os reajustes da Taxa Mensal de Manutenção serão efetuados nos termos da Lei 8.880/94, e legislação subsequente, anualmente. Entretanto, em havendo permissivo legal, desde já fica pactuado que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.
- 12.3** Poderá ocorrer o reajuste decorrente da impactação, na estrutura de custo da Contratada, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Regulamento; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços. A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente e a sua aplicação estará sujeita à aprovação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- 12.4** Haverá reajuste também na mudança de faixa etária conforme tema XIII deste instrumento jurídico.
- 12.5** Não haverá reajuste por mudança de faixa etária, quando o beneficiário completar 60 (sessenta) anos de idade, desde que inscrito no presente regulamento por mais de 10 (dez) anos.

XIII - FAIXAS ETÁRIAS

- 13.1** A variação do preço das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários, no curso do regulamento, obedecerá a tabela abaixo e respectivos percentuais, os quais

REGULAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS-HOSPITALARES * PLANO: APAS TOP

serão aplicados sempre sobre o valor da mensalidade que prevalecia no mês imediatamente anterior ao mês de mudança de faixa etária, prevalecendo o novo preço a partir do mês da mudança.

Para os regulamentos assinados antes de 01/01/2004:

	Faixa etária	Acréscimos	Incidência
1	00-17	Sem acréscimos	
2	18-29	25,74 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 1
3	30-39	13,64 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 2
4	40-49	7,99 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 3
5	50-59	33,32 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 4
6	60-69	40,29 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 5
7	Acima de 70	83,17 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 6

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

Para os regulamentos assinados depois de 01/01/2004:

	Faixa etária	Acréscimos	Incidência
1	00-18	Sem acréscimos	
2	19-23	23,33 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 1
3	24-28	21,64 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 2
4	29-33	16,65 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 3
5	34-38	14,30 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 4
6	39-43	10,81 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 5
7	44-48	11,29 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 6
8	49-53	37,15 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 7
9	54-58	39,90 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 8
10	59 ou mais	26,76 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 9

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

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

XIV - BÔNUS / DESCONTOS

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

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.

15.2 As adesões a este regulamento, são espontâneas por parte dos associados, podendo o mesmo inserir ou não o seu grupo familiar.

XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 16.1** Pela inadimplência devidamente comprovada conforme a Lei determina e a pedido de exclusão do próprio interessado.
- 16.2** Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Regulamento também será rescindido de pleno direito, após a devida notificação, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:
- a.** Sempre que, por fraude, obtiver o (a) Contratante e/ou seu (s) beneficiário (s) qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da Contratada.
 - b.** O atraso no pagamento da Taxa Mensal, por período superior a sessenta (60) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze (12) meses de vigência do presente Regulamento, implicará na sua suspensão ou rescisão automática, desde que a Contratada tenha comunicado ao (a) Contratante, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50) dia de atraso, cumulado ou consecutivo, mediante o devido processo legal.
- 16.3** O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.
- 16.4** A rescisão contratual, por iniciativa do (a) Contratante, somente poderá se dar mediante solicitação escrita a ser encaminhada à Contratada, com antecedência mínima de trinta dias.
- 16.5** O (A) CONTRATANTE obriga-se a devolver, incontinenti, à CONTRATADA, os cartões de identificação dos beneficiários deste regulamento, em caso de sua exclusão, ou do beneficiário dependente, no ato da sua exclusão, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente Regulamento.
- 16.6** Àquele que pedir exoneração, for demitido ou expulso da Polícia Militar do Estado de São Paulo;
- 16.7** Ao que vier a falecer.

XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO

- 17.1** Não se aplica.

XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS


- 18.1** A CONTRATADA opera Planos de Assistência à Saúde, prestando os respectivos serviços através de meios de execução próprios e/ou contratando, mediante credenciamento, terceiros, técnica e legalmente habilitados para tanto, ao passo que o (a) CONTRATANTE, assim como seus dependentes, indicados neste instrumento, a partir desta data e nas condições aqui pactuadas, são considerados beneficiários integrantes do Plano Privado de Assistência à Saúde, operado pela CONTRATADA, mencionado neste Regulamento.
- 18.2** Os dependentes do (a) CONTRATANTE, juntamente com este (a), considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, são melhor identificados na Ficha de Inscrição e Proposta de Admissão que acompanham o presente Regulamento, que, rubricadas pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins e direitos.
- 18.3** Em caso de extravio dos referidos cartões de identificação, deverá o beneficiário comunicar por escrito à CONTRATADA, para que esta tome as providências cabíveis, sob pena do mesmo arcar com as despesas que advenham desta utilização.
- 18.4** As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta, a partir de então todas as despesas decorrentes da internação.
- 18.5** Em caso de falecimento de Titular, o prazo para habilitação ou regularização dos dependentes será de 50 (cinquenta) dias, após o óbito.

XIX - DO FORO

- 19.1** As partes elegem, como privilegiado, o foro da Comarca de domicílio do Contratante, para dirimir qualquer dúvida.
- 19.2** E assim, por estarem concordes, nos termos acima, as partes firmam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor.

Sorocaba 01 de Março de 2017.

**ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
APAS – SOROCABA / VOTORANTIM**



APAS
Saúde • Sorocaba

Cinthia Granizo Santos
Testemunha

Gisele Rizzi de Almeida
Testemunha