

A - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

Associação Policial de Assistência à Saúde de Itapetininga (APAS Itapetininga), Operadora de Planos de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, com Sede e foro à Rua Dr. Coutinho, 535 – Centro – Itapetininga – São Paulo - CEP: 18200-358, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar - cadastrada na ANS sob o n° **40.663-5**, doravante denominada OPERADORA/CONTRATADA, classificada na Agência Nacional de Saúde Suplementar como Autogestão.

B - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

A qualificação será realizada no termo de adesão.

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

O nome comercial deste Contrato é **ITAPAS II** e está registrado na ANS sob o número **490.282/21-3**.

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** sendo eles **Angatuba, Apiaí, Boituva, Capão Bonito, Cesário Lange, Itapetininga, Itapeva, São Miguel Arcanjo, Sorocaba e Tatuí**.

G - ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Angatuba, Apiaí, Boituva, Capão Bonito, Cesário Lange, Itapetininga, Itapeva, São Miguel Arcanjo, Sorocaba e Tatuí.

H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de acomodação em internação é **Quarto com 02 (dois) leitos**.

I - FORMAÇÃO DE PREÇO

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

J - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Não há previsão para serviços e coberturas adicionais.

Cláusula Primeira: ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, abrangendo cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica, de diagnóstico e terapia, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e conforme Rol de Procedimentos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas possíveis atualizações vigentes na época do evento na forma e condições deste instrumento.

1.2 O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas às partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

Cláusula Segunda: CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

2.2 São considerados beneficiários deste Contrato os Policiais Militares, Pensionista da PMESP 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.

2.3 Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

I) O cônjuge;

II) O companheiro;

a)- Será considerado (a) Companheiro (a), mencionado a pessoa que tenha filhos juntos com o Usuário Titular, ou que conviva junto há mais de 02 anos, comprovado através de declaração devidamente registrada em cartório.

III) Os filhos e enteados;

IV) Parentes, conforme previsto em Estatuto.

2.4 É garantido ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, do BENEFICIÁRIO TITULAR a inscrição no plano como dependente em até 30 (trinta) dias do nascimento, da adoção, da guarda ou da tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias previstos neste artigo, será obrigatório o cumprimento das respectivas carências integralmente.

2.5 O menor de 12 anos adotado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser inscrito no plano como dependente em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO TITULAR adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias previstos neste artigo, será obrigatório o cumprimento das respectivas carências integralmente.

Cláusula Terceira: COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições de admissão, a cobertura básica prevista neste Capítulo, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde desde que respeitado o Rol de Procedimentos vigente a época do evento, e no que couber as Diretrizes de Utilização ditadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.2 A Cobertura oferecida pela CONTRATADA é restrita aos normativos acima citados sendo que o produto em questão não possui previsão de cobertura ou serviço adicional no seu registro autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.3 Será garantida pela CONTRATADA a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, de acordo com Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

3.4 Os eventos e procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que necessitem de anestesia com ou sem a participação do profissional médico anestesiológico serão cobertos pela CONTRATADA quando houver indicação clínica.

3.5 Independente do local de origem do evento e circunstância será assegurado o atendimento pela CONTRATADA desde que respeitadas à segmentação, área de abrangência geográfica, rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, além dos prazos de carência e Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

Seção A - Cobertura Ambulatorial

3.6 A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e de acordo com as diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - 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;

III - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme indicação do médico assistente;

a) Para fins de contagem do número de consultas e sessões ditadas pelas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar a CONTRATADA irá considerar o ano contratual do BENEFICIÁRIO, o qual possui início na data de inclusão do beneficiário e término após 12 meses.

IV - 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;

a) Para fins de contagem do número de consultas e sessões ditadas pelas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar a CONTRATADA irá considerar o ano contratual do BENEFICIÁRIO, o qual possui início na data de inclusão do beneficiário e término após 12 meses.

V – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

VI - cobertura para os seguintes procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) radioterapia ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial.

e) hemoterapia ambulatorial; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

VII - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas possuem cobertura obrigatória desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

3.7 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas terão cobertura assegurada pela CONTRATADA somente quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

Seção B - Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

3.8 Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, respeitando a área de abrangência geográfica, carências já cumpridas e Rol de Procedimentos vigente à época do evento, os seguintes serviços hospitalares:

I - diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, com exceção das internações psiquiátricas, cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato, contínuos ou não, será cobrada da CONTRATANTE coparticipação de 50% do valor pago ao prestador sem teto máximo para cobrança, o percentual referenciado poderá ser majorado de acordo com a legislação vigente a época do evento.

Parágrafo Único – Será garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, nos casos em que houver indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada em estabelecimentos próprios, credenciados ou contratados pelo plano, já na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento.

II - cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III - cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV - 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;

V - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VI - cobertura da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

VII - cobertura das despesas de alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) idosos a partir do 60 anos de idade; e
- c) pessoas portadoras de deficiências.

VIII - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos a finalidade odontológica, 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, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar respeitando o disposto no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) radioterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção

XI - 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;

XII – procedimentos relativos ao pré-natal e a assistência ao parto e puerpério;

XIII - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto respeitando os prazos de carência já cumpridos pelo pai ou mãe;

XIV – transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento e legislação específica que normatiza estes procedimentos.

3.9 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas terão cobertura assegurada pela CONTRATADA somente quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

Cláusula Quarta: 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. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendidos como aqueles que empregam medicamentos, produtos ou técnicas não registrados ou não regularizados no país, considerados como experimentais pelo Conselho Federal de Medicina, ou não possuem indicação descrita na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III. inseminação artificial;
- IV. tratamento de rejuvenescimento com a finalidade estética ou de emagrecimento, clínica de repouso, SPA, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidado médico em ambiente hospitalar;
- 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 com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial, medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar listados no Rol de Procedimentos vigentes na época do evento e medicamentos de controle adversos e adjuvantes de uso domiciliar;
- VII. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes
- IX. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- X. internação domiciliar, bem como o denominado serviço de home-care;

- XI. despesas com procedimentos caracterizados no Rol de Procedimentos vigente à época que possuem cobertura exclusiva na segmentação odontológica.
- XII. produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- XIII. enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XIV. aplicação de vacinas;
- XV. exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVI. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XVII. especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- XVIII. cirurgias plásticas, exceto as reparadoras que estejam causando problemas funcionais e as reconstrutivas de mama, para mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer; e
- XIX. exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
- XX. procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou que não apresente as diretrizes de utilização estabelecidas pelo rol em vigor;
- XXI. procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência CONTRATADA, bem como despesas decorrentes de serviços médicos-hospitalares, prestados por médicos ou entidades não pertencentes à rede de prestadores da CONTRATADA por mera liberalidade de escolha do beneficiário.

Cláusula Quinta: DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 A vigência inicial deste contrato é de 12 (doze) meses, com o início na data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão.

5.2 O presente convênio terá renovação automática, na data do seu aniversário, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada à incidência de qualquer período adicional de carência.

Cláusula Sexta: PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 O plano terá as seguintes carências:

I - 24 (vinte e quatro) horas para urgências e emergências;

II – 30 (trinta) dias para consultas médicas;

III – 60 (sessenta) dias para exames em geral;

IV - 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de alta complexidade;

V – 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas;

VI – 300 (trezentos) dias para partos a termo.

6.2 A contagem do período de carência iniciar-se-á a partir da data de assinatura da proposta de adesão.

6.3 Não será exigido o cumprimento de carências se:

I - A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da aprovação deste regulamento; ou

II - O beneficiário se vincular à CONTRATANTE após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

6.4 A carência para atendimento de Urgência e Emergência respeitará as condições estabelecidas na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU n° 13 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível para consulta no site www.ans.gov.br, ou outra norma que vier a substituí-la na vigência deste contrato, devendo, inclusive, serem observadas as regras dispostas na Cláusula 8.

Cláusula Sétima: DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão 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 sofedor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n° 9656/1998, o inciso IX do art 4° da Lei n° 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa n° 162/2007.

7.3 Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário 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 CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

7.5 Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7.6 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador

ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.7 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.8 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 CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a CONTRATADA 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.

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

7.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

7.13 É vedada à CONTRATADA 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.

7.14 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.

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

7.16 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.17 Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

7.18 A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

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

7.21 Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

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

Cláusula Oitava: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Estão cobertos pelo presente Instrumento os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para os casos de emergência e urgência, entendendo-se, para fins do presente instrumento, e nos termos da Lei, por **emergência**, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, caracterizados por declaração do médico assistente; e por **urgência**, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

8.2 Os atendimentos de urgência e emergência observarão as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento.

8.3 A CONTRATADA garantirá os atendimentos de urgência, conforme abaixo:

- a) Decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.
- b) Decorrentes de complicações no processo gestacional, sem restrições, desde que a beneficiária tenha cumprido o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias;

Parágrafo Único – Caso a beneficiária esteja cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias o atendimento será limitado a 12 (doze) horas a nível ambulatorial ou por período inferior, caso surja necessidade de internação.

8.4 A CONTRATADA garantirá os atendimentos de emergência, sem restrições, desde que o beneficiário tenha cumprido o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Parágrafo Único – Caso o beneficiário esteja cumprindo o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias o atendimento será limitado a 12 (doze) horas a nível ambulatorial ou por período inferior, caso surja necessidade de internação.

8.5 A CONTRATADA garantirá os atendimentos de urgência e emergência limitados as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de

Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

8.6 Depois de cumprido os períodos de carência a CONTRATADA garantirá a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários, para preservação da vida, órgãos e funções, observada a segmentação contratada e as coberturas obrigatórias dispostas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento.

DA REMOÇÃO

8.7 A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - 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 à necessidade de internação.

8.8 À OPERADORA 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.

8.9 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 OPERADORA desse ônus.

8.10 A OPERADORA deverá disponibilizar 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.

8.11 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 OPERADORA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção, bem como se a remoção for realizada para unidade de escolha do beneficiário ou de seu responsável legal.

DO REEMBOLSO

8.12 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência, no limite das obrigações contratuais e desde que ocorridos dentro da área de abrangência geográfica da cobertura contratual e sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

8.13 Não será garantido o reembolso de despesas de atendimentos de urgência e emergência realizados fora da área de abrangência geográfica do plano.

8.14 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à OPERADORA os seguintes documentos:

I - Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela OPERADORA (recibos e/ou notas fiscais);

II - Conta analítica médico-hospitalar, em caso de internação;

III - Relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;

IV - Declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

8.15 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela OPERADORA, sendo o seu valor, não superior ao praticado pela rede credenciada da operadora e será deduzido o valor correspondente a coparticipação prevista neste contrato.

8.16 Os pagamentos realizados em valor superior ao praticado pela CONTRATADA junto à rede de prestadores não serão de responsabilidade financeira da CONTRATANTE.

Cláusula Nona: ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 O presente Regulamento não prevê livre escolha de prestadores.

Cláusula Décima: MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Condições de Atendimento e Autorizações

10.1 O (A) PROPONENTE TITULAR obriga-se a devolver o cartão de identificação em caso de sua rescisão ou a do beneficiário, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondente ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constantes do presente instrumento.

10.2 Pelas mesmas, penas, responderá o (a) PROPONENTE TITULAR, em caso de extravio das referidas credenciais de identificação, sem a comunicação imediata e por escrito à OPERADORA, para que esta tome as providências cabíveis.

10.3 O (A) PROPONENTE TITULAR pagará a OPERADORA pela taxa de adesão, e a cada nova inscrição, a quantia correspondente a R\$ 20,00 (Vinte Reais) por pessoa inclusa no presente contrato.

10.4 No ato da assinatura, o Associado pagará o valor de uma mensalidade relativa a sua faixa etária, exceto associados de plano anterior inscritos, até Dezembro de 1994 nesta APAS.

10.5 As consultas deverão ser agendadas previamente pelos beneficiários nos telefones e endereços dos consultórios dos médicos escolhidos livremente entre os prestadores da CONTRATADA, constantes no "GUIA MÉDICO", sendo que a liberação será realizada diretamente no consultório com a apresentação do Cartão de Identificação e documento de identificação.

Parágrafo único – Nos casos em que houver bloqueio no momento do atendimento o beneficiário deverá se dirigir até a sede administrativa da CONTRATADA para verificação de possíveis pendências e liberação do atendimento.

10.6 Os exames complementares e os serviços auxiliares de apoio e diagnóstico serão prestados na rede própria ou credenciada da CONTRATADA, mediante apresentação da "Guia de Solicitação de SADT" emitida pelo médico assistente e devidamente autorizada pela CONTRATADA, não podendo haver restrição aos pedidos dos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.

Parágrafo único – Os pedidos de liberação deverão ser entregues na sede administrativa da CONTRATADA, sendo que a aprovação ou negativa irá observar os prazos determinados pela ANS nos normativos vigentes à época do evento.

10.7 As internações serão realizadas nos hospitais próprios e/ou credenciados da CONTRATADA mediante apresentação de “Guia de Internação” emitida pelo médico assistente e devidamente autorizada pela CONTRATADA, com as justificativas da internação, o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para internação, exceto nos casos de urgência e emergência na forma prevista neste contrato.

Parágrafo único – Os pedidos de liberação deverão ser entregues na sede administrativa da CONTRATADA, sendo que a aprovação ou negativa irá observar os prazos determinados pela ANS nos normativos vigentes à época do evento.

10.8 As internações feitas em caráter de emergência deverão ser comunicadas à OPERADORA 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 OPERADORA, das despesas resultantes do atendimento, ficando as mesmas para o associado que deu causa.

10.9 Os procedimentos que possuem Diretrizes de Utilização ditados pela ANS, bem como àqueles classificados como Procedimentos de Alta Complexidade deverão ser liberados na sede administrativa da OPERADORA com a apresentação do pedido médico.

10.10 Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Instrumento, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico do Hospital credenciado pela OPERADORA, e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciado, cabendo a eles todas as responsabilidades pelo tratamento instituído.

10.11 O Usuário Titular assumirá e pagará integralmente todos os valores referentes a atendimentos prestados ao Usuário Titular ou seus dependentes, em Clínicas Particulares não credenciadas, nos casos em que optarem por atendimentos sem a emissão prévia de autorização por escrito na OPERADORA.

10.12 A CONTRATADA reserva-se o direito de realizar Junta Médica nas situações de divergência médica nos termos determinados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar na época do evento.

10.13 Os serviços, diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos serão solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada pela operadora, todavia sua realização será obrigatoriamente realizada na rede credenciada.

10.14 É obrigatoriamente entregue ao BENEFICIÁRIO, quando de sua inscrição, cópia do regulamento, carteira de identificação e Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico, de forma impressa, descrevendo em linguagem simples e precisa todas as características operacionais do plano, constando também a apresentação da rede assistencial, própria e credenciada disponível para sua utilização.

10.15 Ficará disponível na sede da OPERADORA, na internet, no tele atendimento para o BENEFICIÁRIO as atualizações do Manual do BENEFICIÁRIO/Guia Médico.

10.16 É facultada a CONTRATADA a exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, mediante comunicação prévia ao CONTRATANTE e a ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme o art. 17, parágrafo 1º da Lei 9656/98.

10.17 São considerados como parte integrante deste regulamento: a Proposta de Adesão, a tabela de preços vigente à época, o Manual do Beneficiário/Guia Médico, e a declaração de saúde dos beneficiários inscritos.

Fator Moderador

10.18 A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, após a realização do procedimento. Este contrato prevê a seguinte coparticipação:

I) Consultas Médicas: 30% (trinta por cento)

II) Serviços auxiliares e Diagnose e Terapia (SADT): 30% (trinta por cento)

III) Exames e Procedimentos de Alta Complexidade, quando realizadas ambulatoriamente, e procedimento de Cirurgia Refrativa (miopia e astigmatismo e opacidades corneanas) 50% (Cinquenta por cento)

IV) Internações Hospitalares com período inferior a 8h: 30% (trinta por cento)

10.18.1 Nas internações hospitalares com período inferior a 8h caso sejam realizados procedimentos caracterizados como de Alta Complexidade será cobrada coparticipação de 50% por procedimento.

10.19 As internações hospitalares estão isentas de coparticipação, exceto as internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato, contínuos ou não, será cobrada da CONTRATANTE coparticipação de 50% do valor pago ao prestador sem teto máximo para cobrança, o percentual referenciado poderá ser majorado de acordo com a legislação vigente a época do evento.

10.19.1 Para fins de cobrança da coparticipação, define-se como internação hospitalar, aquela em que o beneficiário permaneça por um período mínimo de 8:00 hs nos hospital/clínica, vinculada a cobrança de diária hospitalar pelo prestador de serviços.

10.20 Os percentuais de coparticipação estipulados serão cobrados por procedimento realizado e por beneficiário, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela CONTRATADA no pagamento de seus prestadores.

10.20.1 Caso exista reajuste no pagamento realizado pela CONTRATADA aos prestadores serão alterados os valores cobrados a título de coparticipação da CONTRATANTE, respeitando o percentual e teto determinados contratualmente, a qualquer tempo.

10.21 As internações hospitalares ficam a critério exclusivo dos médicos do corpo clínico dos hospitais credenciados pela OPERADORA, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto.

10.22 Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica o item 10.21, passarão a correr, inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

10.23 Os percentuais de coparticipação poderão ser reajustados anualmente pela CONTRATADA, respeitando-se a data de aniversário do contrato.

Cláusula Décima Primeira: FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

11.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré -estabelecido.

11.2 A contraprestação pecuniária que o (a) PROPONENTE TITULAR pagará à OPERADORA, decorrente deste Instrumento, denomina-se MENSALIDADE e será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS, individualmente, inscritos no presente Instrumento, cujo valor, nesta data, consta no anexo, respeitadas as faixas etárias dos beneficiários inscritos e suas proporções na Mensalidade Global.

11.3 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, 0,033% ao dia, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

11.4 O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

11.5 A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculado.

11.6 O pagamento antecipado da Mensalidade de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

11.7 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste Instrumento.

11.8 A não realização de Desconto em folha de Pagamento por quaisquer motivos, bem como o não recebimento da fatura pelo usuário titular dentro do prazo de pagamento, não o isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à Operadora, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato, inclusive no tocante ao seu cancelamento por falta de pagamento.

11.9 Os pagamentos deverão ser feitos até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em dia de feriado ou que não haja expediente bancário, na rede bancária indicada pela OPERADORA, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela OPERADORA.

Cláusula Décima Segunda: REAJUSTE

12.1 A Mensalidade será reajustada, independentemente da idade ou faixa etária em que se enquadrar o (a) PROPONENTE TITULAR e/ou seus dependentes inscritos no plano, de acordo com os seguintes critérios:

I - Reajuste financeiro com base na variação dos custos hospitalares (diárias e taxas hospitalares, materiais, gases medicinais, medicamentos e outros), honorários, introdução de tecnologia de ponta, exames complementares, serviços auxiliares, salários e despesas administrativas, apurados nos últimos 12 (doze) meses.

II - Reajuste técnico decorrente da alteração do nível de sinistralidade que terá como base a reavaliação dos custos mensais individuais e sinistros da carteira específica do estipulante ocorridos nos últimos 12 (doze) meses.

12.2 Aumento decorrente da impactação, na estrutura de custo da OPERADORA, de fatores incontrolláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Instrumento; 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.

12.3 Os reajustes das Mensalidades da Manutenção serão efetivados de acordo com a Decisão das Diretoria (Executiva, Deliberativa e Fiscal). Entretanto, em havendo permissivo legal, já fica pactuada que a referida mensalidade será reajustada com a menor periodicidade legalmente permitida.

12.4 Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o reajuste anual no dia 01 de Janeiro, entendendo-se esta como data base única.

12.5 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

12.6 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/1998.

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

Cláusula Décima Terceira: 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 à tabela e respectivos percentuais anexo ao contrato, os quais serão aplicados sempre sobre o valor da mensalidade que prevalecia no mês imediatamente anterior ao mês de mudança de faixa etária, prevalecendo o novo preço a partir do mês subsequente da mudança.

13.2 As faixas etárias de que trata este Contrato são:

- a) Ao completar 19 (dezenove) anos de idade;
- b) Ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade;

- c) Ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade;
- d) Ao completar 34 (trinta e quatro) anos de idade;
- e) Ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade;
- f) Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade;
- g) Ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- h) Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade;
- i) Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade.

13.3 Os percentuais de reajuste por faixa etária serão definidos no termo de adesão ao presente contrato.

13.4 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.

13.5 No caso de opção pelo agravado 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.

Cláusula Décima Quarta: BÔNUS – DESCONTOS

14.1 O presente regulamento não dá direito a bônus ou desconto de qualquer natureza aos usuários.

Cláusula Décima Quinta: 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 9656/1998, não se aplicam a este regulamento.

Cláusula Décima Sexta: CONDIÇÕES PARA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- c) pelo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que o beneficiário seja comprovadamente avisado no quinquagésimo dia, nos últimos doze meses de vigência.

Cláusula Décima Sétima: RESCISÃO / SUSPENSÃO

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

Cláusula Décima Oitava – DAS RESPONSABILIDADES NO TRATAMENTO E NA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS

Cláusula Décima Oitava:

Parágrafo Único

As políticas de privacidade e proteção de dados, referentes a prestação de serviços objeto deste instrumento estão definidas no anexo I.

Cláusula Décima Nona – DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 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.

19.2 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.

19.3 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.

19.4 Fazem parte deste contrato os seguintes itens:

- I) Carta de Orientação ao Beneficiário;
- II) Entrevista Qualificada;
- III) Guia de Leitura Contratual;
- IV) Guia Médico;
- V) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde;
- VI) Termo de adesão e termo aditivo de Inclusão de Dependente.

Cláusula Vigésima: ELEIÇÃO DE FORO

20.1 As partes elegem como privilegio o foro da Comarca de Itapetininga-SP para dirimir qualquer dúvida ou demanda judicial a respeito do presente Regulamento.

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.



Associação Policial de Assistência a Saúde de Itapetininga

Criada em: 08/03/1994 - CNPJ: 71.565.659/0001-33 - ANS: N° 40663-5

DECLARADA UTILIDADE PÚBLICA - LEI MUN. N° 4.369, 28/12/1999

Há 30 anos, cuidando do Policial Militar, da sua Família e de Gerações.

ITAPETININGA, _____ de _____ de _____.

CONTRATADA

CONTRATANTE

APAS ITAPETININGA

Nome:
CPF:

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ANEXO CONTRATUAL I - AO CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INCLUINDO CLÁUSULA DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. Definições

1.1 Para fins deste contrato aplicam-se as definições constantes na tabela abaixo, considerando que os termos não definidos de forma específica devem seguir a definição constante na LGPD ou em legislações aplicáveis.

Termo	Definição
ANPD – Autoridade Nacional de Proteção de Dados	Órgão da administração pública responsável por zelar, implementar e fiscalizar o cumprimento da LGPD.
Base legal	Fundamento jurídico e hipóteses legais estabelecidas pela LGPD que autorizam o tratamento de dados pessoais.
Controlador	Pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais
Dado anonimizado	Dado relativo ao Titular que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento
Dado Pessoal	Qualquer tipo de dado ou informação que possa viabilizar, direta ou indiretamente, a identificação de uma pessoa física, ainda que essa identificação dependa da associação de tal dado/informação com outros elementos;
Dado Pessoal sensível	Dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural
Encarregado de proteção de dados – “DPO”	Pessoa indicada pelo controlador e operador para atuar como canal de comunicação entre as empresas e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados.
Incidente de segurança	Ocorrência de acesso não autorizado ou vazamento de informações, acidental ou ilícito que cause destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma inadequada de tratamento dos dados pessoais dos beneficiários da CONTRATANTE.

Legislações aplicáveis	Legislações brasileiras que tratam sobre privacidade e proteção de dados, tais como: LGPD, Marco civil da internet, Lei Carolina Dickman, Código de Defesa do Consumidor, Lei de Acesso a Informação.
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados – Lei N° 13.709/2018, alterada pela Lei n° 13.859/2019, para dispor sobre a proteção de dados pessoais.
Operador	Pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do Controlador
Subcontratado	Pessoa natural ou jurídica, contratado pelo Operador, que realiza tratamento de dados pessoais em nome do Operador
Titular	Pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento
Tratamento	Toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração

2. A CONTRATADA declara por este Instrumento, por si, por seus representantes, colaboradores e por quaisquer terceiros que por sua determinação participem da contratação objeto desta relação, que cumpre toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais considerando:

- a) Tratar os dados pessoais somente para executar as suas obrigações contratuais definidas neste instrumento.
- b) Implementar apropriadas medidas técnicas e organizacionais de proteção de dados que sejam aptas para manter a integridade, confidencialidade e segurança das informações. Isso inclui a implementação de “Políticas Internas” que estabeleçam, dentre outras regras: (i) como os titulares de dados são informados quando do tratamento de dados pessoais; (ii) quais são as medidas de segurança aplicadas (técnicas e procedimentos) que garantam a confiabilidade, integridade e disponibilidade das informações; (iii) um profissional designado e instituído em tempo integral, para figurar como ponto focal, responsável pelas medidas de segurança aplicadas.; (iv) qual o procedimento instituído que garante a constante atualização destas

medidas; (v) a limitação e controle de acesso aos dados pessoais; (vi) a revisão periódica das medidas implementadas; (vii) condução de constantes treinamentos com os funcionários da companhia.

- c) Informar no seu site: (i) as operações de tratamento de dados; (ii) a categoria dos dados tratados; (iii) os sujeitos envolvidos na atividade; (iv) a finalidade das diversas atividades de tratamento realizadas.
- d) Prover mecanismos que possibilitem ao CONTRATANTE manter os seus dados pessoais atualizados.
- e) Providenciar no atendimento das requisições realizadas pelo CONTRATANTE e seus dependentes e agregados, Beneficiários relacionados a esse instrumento (titulares dos dados): (i) a confirmação da existência do tratamento; (ii) o acesso aos dados pessoais tratados; (iii) a correção dos dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) a anonimização, o bloqueio ou a eliminação dos dados pessoais, observando e respeitando as exigências da legislação; (v) a portabilidade dos dados pessoais; (vi) informação sobre as entidades públicas e privadas com as quais foi realizado o compartilhamento de dados; (vii) informação das consequências da revogação de consentimentos; e (viii) informação dos fatores que levam a uma decisão automatizada.
- f) Comunicar ao CONTRATANTE a ocorrência de incidentes que impliquem na divulgação indevida de dados pessoais dos TITULARES, contemplando na referida comunicação: (i) Dados sobre o incidente; (ii) descrição das possíveis consequências do incidente; (iii) dados de contato do Encarregado de Proteção de Dados; (iv) medidas em andamento para minimizar o impacto decorrente da ocorrência.
- g) Não obstante qualquer disposição em contrário, as obrigações da CONTRATADA perdurarão enquanto essa continuar a ter acesso, estiver na posse, adquirir ou realizar qualquer operação de tratamento aos dados obtidos em razão da relação contratual com o CONTRATANTE, mesmo que todos os contratos entre a CONTRATADA e o CONTRATANTE tiverem expirado ou sido rescindidos.

3. O CONTRATANTE autoriza o tratamento das categorias de dados pessoais, relacionados na Política de Privacidade, publicada no site da CONTRATADA, para os propósitos de cumprimento do contrato de prestação de serviços firmado neste instrumento e em conformidade com a lei nº 13.709/2018.

4. O CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a tratar os seus dados pessoais e dos seus dependentes, bem como transferi-los para outros agentes de tratamento de dados, respeitando os

princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas, conforme previsto na LGPD, para as seguintes finalidades:

- a) Identificar ou entrar em contato com o titular ou seus dependentes em razão da prestação de serviço;
- b) Cumprir obrigações decorrentes da legislação ou impostas por órgãos de fiscalização;
- c) Oferecer serviços de interesse do CONTRATANTE e dos seus dependentes;
- d) Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;
- e) Proteger a vida ou a incolumidade física do TITULAR ou dos seus dependentes;
- f) Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
- g) Atender a qualquer outro pedido formalmente solicitado pelo CONTRATANTE ou seus dependentes.

5. Este Instrumento entra em vigor na data de sua assinatura, sem prejuízo das obrigações que decorrem diretamente da LGPD, as quais as partes declaram ter ciência que vigoram desde a data da vigência da referida lei.

6. O presente Instrumento não exclui qualquer outra obrigação, ainda que não prevista neste termo, mas que decorra diretamente da LGPD e demais diplomas legais incidentes.

7. Este anexo passa para todos os efeitos, a fazer PARTE integrante deste contrato.