

# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

### O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

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

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura AVAMP/OPERADORA, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc. \*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano AVAMP/OPERADORA.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

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

OFICIAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
TAUBATÉ - SP  
PAOLA DE CASTRO RIBEIRO MACEDO - Oficial  
MICROFILME n.º 065695

# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

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

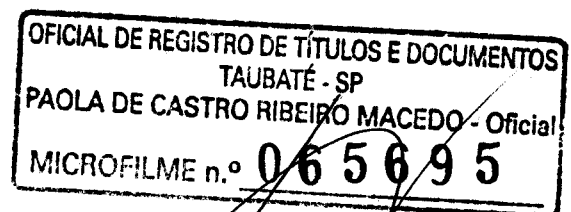
Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome legível, assinatura e CPF



Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local

Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome legível, assinatura e CPF

# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

## A – DA QUALIFICAÇÃO DA AVAMP/OPERADORA

**ASSOCIAÇÃO VALEPARAIBANA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POLICIAL - AVAMP**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.307.714/0001-47, com sede e foro à Avenida Marechal Deodoro da Fonseca n.º 385 – Jardim Santa Clara - Taubaté – SP, CEP 12.080-000, inscrita na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 41263-5, e classificada como Autogestão, nos termos da Lei Federal 9.656/98, e sua regulamentação, doravante denominada **AVAMP/OPERADORA**

## B – DA QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Nome	:	_____	
Endereço	:	_____	
Bairro	:	_____	
Estado	:	_____	
Telefone	:	_____	
CPF/MF	:	_____	
CNS nº	:	_____	
Nome do Pai	:	_____	
Nome da Mãe	:	_____	
CPF/MF da Mãe	:	_____	
	Cidade	:	_____
	CEP	:	_____
	Nascimento	:	____/____/____
	RG	:	_____
	PIS/PASEP nº	:	_____

## C – DO NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

**Plano de Cobertura Assistencial - Nível B – Familiar. Registro na ANS nº 436.314/01-1.**

## D – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO : Coletivo por Adesão

## E – DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO: Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia

## F – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

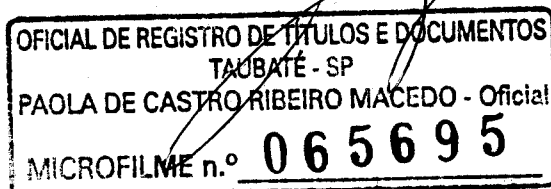
A abrangência geográfica do Plano de Saúde está estabelecida por: Grupo de Municípios. A Cobertura Assistencial de Saúde prevista no presente Contrato se aplicam para os eventos ocorridos em todas as cidades do Vale do Paraíba Paulista, Litoral Norte do Estado de São Paulo e Região Serrana que circunda o Vale do Paraíba a saber: **I - Vale do Paraíba Paulista**: Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Caçapava, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Lagoinha, Lavrinhas, Lorena, Natividade da Serra, Paraibuna, Pindamonhangaba, Piquete, Potim, Queluz, Redenção da Serra, Roseira, Santa Branca, São José do Barreiro, São José dos Campos, São Luiz do Paraitinga, Silveiras, Taubaté e Tremembé; **II - Litoral Norte**: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba; **III - Região Serrana**: Campos do Jordão, Monteiro Lobato, Santo Antonio do Pinhal e São Bento do Sapucaí.

## G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE: REGIÃO 5

## H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: COLETIVO (ENFERMARIA)

## I - FORMAÇÃO DO PREÇO: PRÉ-PAGAMENTO NA FORMA DE MENSALIDADE

## J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: NÃO APLICÁVEL AO CONTRATO



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B - FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

## I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Pelo presente instrumento particular contratual e na melhor forma de direito, que entre si fazem de um lado **ASSOCIAÇÃO VALEPARAIBANA DE ASSISTENCIA MÉDICA POLICIAL - AVAMP**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/ MF sob nº 00.307.714/0001-47, com sede e foro à Avenida Marechal Deodoro da Fonseca nº 385 – Jardim Santa Clara - Taubaté – SP, CEP 12.080-000, inscrita na ANS sob o Nº 41263-5, classificada na Agência Nacional de Saúde Suplementar como Autogestão, doravante denominada **AVAMP/OPERADORA**, e de outro lado, o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, nascido aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pela SSP/\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, endereço eletrônico: \_\_\_\_\_, doravante denominada **USUÁRIO(A) TITULAR**, bem como seus dependentes declarados na Proposta de Adesão, que passa a ser parte integrante do presente contrato.

## II – DO NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS

**Cláusula 1ª** - O presente contrato encontra-se devidamente registrado na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar com o nome de **PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B - FAMILIAR**, sob nº 436.314/01-1.

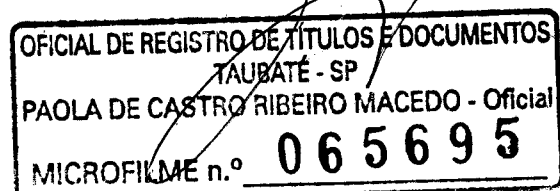
## III – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

**Cláusula 2ª** - O presente regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, tem características de contrato **COLETIVO POR ADESÃO** entendido como aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- Associações profissionais legalmente constituídas;
- Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições das normas da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Entidades previstas na Lei nº 7.395/85, e na Lei nº 7.398/85; e
- Outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos alíneas anteriores, desde que autorizadas pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**Cláusula 3ª** - Para a celebração do presente regulamento haverá a necessidade de **USUÁRIO(A) TITULAR** estar vinculado à **AVAMP/OPERADORA**, na forma de seu estatuto social.

## IV – TIPO DE SEGMENTAÇÃO



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

**Cláusula 4ª** - A **AVAMP/OPERADORA** se compromete a prestar ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou seus dependentes, regularmente indicados na Proposta de Adesão, assistência médica **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**, através de serviços próprios e credenciados, conforme relação constante do Orientador Médico.

## V – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

**Cláusula 5ª:** A área geográfica de abrangência do presente regulamento para este plano é caracterizado como Regional – B – Grupo de Municípios, e se aplica para os eventos ocorridos em todas as cidades do Vale do Paraíba Paulista, Litoral Norte do Estado de São Paulo e Região Serrana que circunda o Vale do Paraíba a saber:

- I- **Vale do Paraíba Paulista** : Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Caçapava, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Lagoinha, Lavrinhas, Lorena, Natividade da Serra, Paraibuna, Pindamonhangaba, Piquete, Potim, Queluz, Redenção da Serra, Roseira, Santa Branca, São José do Barreiro, São José dos Campos, São Luiz do Paraitinga, Silveiras, Taubaté e Tremembé;
- II- **Litoral Norte:** Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba;
- III- **Região Serrana:** Campos do Jordão, Monteiro Lobato, Santo Antonio do Pinhal e São Bento do Sapucaí.

## VI – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

**Cláusula 6ª** - A área de atuação da **AVAMP/OPERADORA**, conforme disposto no Anexo III da Instrução Normativa nº 23/2009, editada pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, compreende a **Região 5**.

## VII – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

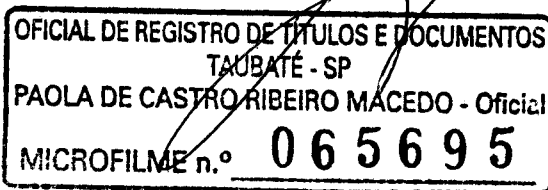
**Cláusula 7ª** - No presente regulamento, a **AVAMP/OPERADORA** oferece o padrão de acomodação:

a) **COLETIVO (ENFERMARIA):** Cobertura de atendimentos ambulatoriais, hospitalares, cirúrgicos, obstétricos, de acordo com as condições gerais e especiais estabelecidas neste contrato, com acomodação em quarto coletivo (enfermaria) e rede referencial/credenciada diferenciada e direcionada, conforme discriminada em Manual de Orientação

**Cláusula 8ª** - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **AVAMP/OPERADORA** fica garantido, ao beneficiário (titular ou dependente inscrito), o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, nos termos do art. 33 da Lei nº 9.656/98

**Cláusula 9ª** - Se o beneficiário (titular ou dependente inscrito) optar por acomodação diferente da prevista no ato de sua adesão, o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** ficará responsável, perante o hospital, pelo pagamento da diferença correspondente, assim como pela complementação dos honorários diretamente aos médicos e atendentes.

**Cláusula 10** - O tipo de acomodação hospitalar optado pelo(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** (para si e para seus dependentes) constará, obrigatoriamente da Solicitação de Adesão e do Cartão de Identificação do Beneficiário.



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

## VIII - ATRIBUTOS DESTE REGULAMENTO

**Cláusula 11** - O presente regulamento, que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão, tem por objetivo garantir, na forma definida em suas cláusulas, em conformidade com a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e sua regulamentação, a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro a assistência médico-hospitalar, de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e com cobertura para todas as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10, da Organização Mundial da Saúde - OMS, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes de rede credenciada, aos beneficiários abrangidos por este regulamento, quando atingidos por eventos mórbidos e aleatórios.

**Parágrafo Primeiro** - A AVAMP/OPERADORA presta os respectivos serviços a seus associados, através de meios de execução próprios e/ou credenciados, mediante credenciamento de terceiros, técnicos e legalmente habilitados para tanto.

**Parágrafo Segundo** – O(A) USUÁRIO(A) TITULAR do plano, assim como seus dependentes, legalmente inscritos, a partir desta data e nas condições aqui pactuadas, são considerados beneficiários integrantes do Plano de Saúde, operado pela AVAMP/OPERADORA, mencionado neste Regulamento.

**Cláusula 12** - O presente regulamento, que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão, reveste-se de bilateralidade, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, em consonância com o disposto no Código Civil Brasileiro, traça as diretrizes de plano de assistência à saúde. Outrossim, este contrato se sujeita às normas estatuídas pela Lei Federal nº 9656, de 03 de junho de 1998, às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 e a legislação específica que vier a sucedê-la.

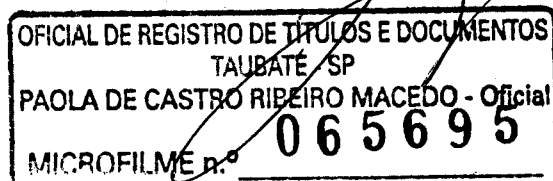
## VIII – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS AO PLANO

**Cláusula 13** - Na condição de entidade autogestão, constituída sob a forma de associação, a AVAMP/OPERADORA opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional, qual seja, os servidores das Organizações de Polícia Militar da área de jurisdição da AVAMP/OPERADORA, ou mesmo, os que nela não servindo são residentes em seus municípios, aos seguintes beneficiários:

- a) Policiais da Ativa e Inativos;
- b) Policiais licenciados sem vencimentos;
- c) Pensionistas da São Paulo Previdência - SPPREV, descritos nas alíneas anteriores; e
- d) Grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, indicados na Proposta de Adesão anexa.

**Parágrafo Primeiro** – Fica ressalvado que adesão do grupo familiar dependerá da participação do(a) USUÁRIO(A) TITULAR no presente regulamento.

**Parágrafo Segundo** - De acordo com indicação na Proposta de Adesão, o(a) USUÁRIO(A) TITULAR poderá incluir no plano, além do(a) cônjuge ou companheiro(a), os seguintes dependentes:



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

- a) Filho (a), natural ou adotivo(a), solteiro(a), não emancipado(a), até 18 (dezoito) anos incompletos ou os menores de 24 (vinte e quatro) anos, se estiver freqüentando o curso de nível superior, e que viva sob a exclusiva dependência econômica do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, comprovando-se tal afirmativa através de certidão de matrícula, e de freqüência, esta última, semestralmente;
- b) Filho(a), natural ou adotivo, portador de deficiência, independentemente da idade.
- c) Tutelado(a) pelo(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, solteiro(a), com respectivos termos de tutela, até 18 (dezoito) anos de idade incompletos.

**Parágrafo Terceiro** - A inclusão do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, bem como de seus dependentes, dar-se-á após o preenchimento e a assinatura da Proposta de Adesão, com a apresentação de todos os documentos necessários para a referida admissão, bem como a realização da análise da diretoria prevista no estatuto social da **AVAMP/OPERADORA**.

**Parágrafo Quarto** - Fica vedada qualquer outra exigência para inscrição neste regulamento, como **USUÁRIO(A) TITULAR**, que não sejam necessárias para ingresso na **AVAMP/OPERADORA**.

**Parágrafo Quinto** - Os direitos relativos ao presente regulamento não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados por qualquer forma.

**Cláusula 14** - É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, como dependente, mediante comunicação por escrito, nos 30 (trinta) primeiros dias após o parto, munido de certidão de nascimento ou termo de adoção registrado em Cartório, desde que tenha nascido na vigência do contrato e o parto tenha sido coberto pela **AVAMP/OPERADORA**, isento do cumprimento dos períodos de carências, de cobertura parcial temporária ou agravo, obedecendo-se às exclusões e limitações previstas e/ou optadas neste contrato.

**Parágrafo Único** - Caso a inclusão ultrapasse o limite previsto nesta cláusula ou a criança não tenha nascido de parto coberto pela **AVAMP/OPERADORA** neste contrato, os prazos de carências e de cobertura parcial temporária deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas as Condições Gerais do plano originalmente optado pelo beneficiário titular.

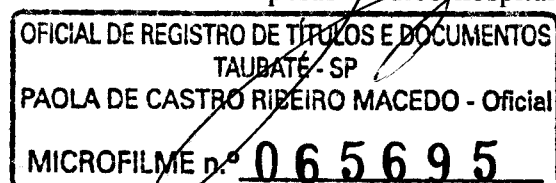
**Cláusula 15** - Em caso de inscrição de filho(s) do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, menor de 12(doze) anos de idade, adotado(s) durante a vigência do presente contrato, serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo adotante, sujeitando-se a cobertura parcial temporária ou agravo.

**Cláusula 16** - A **AVAMP/OPERADORA** fornecerá a cada **USUÁRIO(A) TITULAR** e seus respectivos dependentes, 1 (uma) Carteira de Identificação, que constará o plano de atendimento em que está inscrito, e cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem necessários, juntamente com documentos oficial de identidade com foto (Cédula de Identidade, Carteira de Trabalho, Passaporte, etc.) do beneficiário paciente.

**Parágrafo Único** - Ocorrendo a perda ou extravio da Carteira de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela **AVAMP/OPERADORA**, o (a) **USUÁRIO(A) TITULAR** deverá, obrigatoriamente, comunicar de imediato o fato à mesma, por escrito, responsabilizando-se pelo uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela **AVAMP/OPERADORA**.

## IX – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**Cláusula 17** - A **AVAMP/OPERADORA** assegurará aos usuários (titulares e dependentes) vinculados ao presente regulamento, a cobertura ou reembolso de despesas médico-hospitalares e



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

dos procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência, das especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e das doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10, da Organização Mundial da Saúde - OMS, conforme previsto no Manual de Normas Regulamentadoras, mediante a contratação de terceiros, por conta e ordem do usuário (titular ou dependente), nas formas estabelecidas neste regulamento.

**Parágrafo Primeiro** - Fica ressaltado que, para fins de cobertura, a AVAMP/OPERADORA também observará o cumprimento, por parte dos beneficiários e dos médicos assistentes, das Diretrizes de Utilização (DUT) e das Diretrizes Clínicas (DC), descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**Parágrafo Segundo** - A relação dos procedimentos descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) e das Diretrizes Clínicas (DC), editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, estão disponíveis na página da ANS na internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

**Parágrafo Terceiro** - A AVAMP/OPERADORA garantirá, até o limite previsto, a cobertura obrigatória estabelecida nas Diretrizes de Utilização previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento e editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

**Parágrafo Quarto** - Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços exceda os limites estabelecidos nas Diretrizes de Utilização (DUT), esgotados estes limites, a responsabilidade financeira por 50% (cinquenta por cento) dos atendimentos passará a ser do USUÁRIO(A) TITULAR do plano, que fará os pagamentos diretamente à AVAMP/OPERADORA que repassará o valor para a entidade ou profissional prestador dos serviços.

**Cláusula 18** - No âmbito MÉDICO-HOSPITALAR, estão compreendidas as seguintes coberturas:

**I - Planejamento Familiar** - Fica garantida, pela AVAMP/OPERADORA, a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, dos seguintes procedimentos:

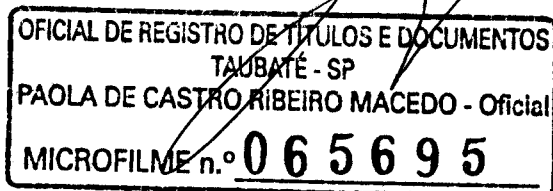
- a) Consulta de Aconselhamento para Planejamento Familiar
- b) Atividade Educacional para Planejamento Familiar
- c) Sulfato de Dehidroepiandrosterona (Sdhea)
- d) Implante de Dispositivo Intra-Uterino (Diu) Hormonal - Inclui o dispositivo

**II - Médico Anestesiologista** - A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

**III** - Será garantido o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento.

**Cláusula 19** - No âmbito AMBULATORIAL, estão compreendidas as seguintes coberturas:

**I – Consultas** - Serão cobertas as despesas com Consultas Médicas eletivas, inclusive obstétricas para pré-natal, em consultórios, em número ilimitado, em todas as especialidades médicas





# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, prestadas por clínicos ou especialistas, indicados pela AVAMP/OPERADORA.

**II - Exames para Diagnóstico e Tratamentos Terapêuticos** - Serão cobertas as despesas com exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos, em número ilimitado, quando solicitados pelo médico assistente ou por especialista e no local determinado pela mesma, acompanhados de prescrição médica (relatório médico completo) e prévia autorização da AVAMP/OPERADORA, observada a opção contratual, bem como as limitações de consultas / sessões de nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicoterapia previstas na legislação vigente e as restrições previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência.

**III - Procedimentos Especiais No Âmbito Ambulatorial** - A AVAMP/OPERADORA garantirá, no âmbito ambulatorial, a cobertura dos seguintes procedimentos especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência para a segmentação ambulatorial;
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

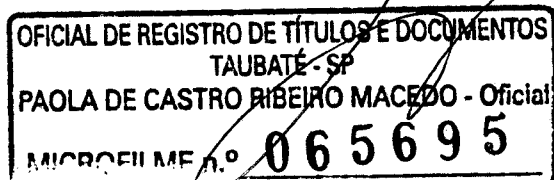
**IV - Procedimentos de Fisioterapia** - Serão cobertos, em número ilimitado de sessões por ano, desde que acompanhadas de prescrição médica (relatório médico completo) e prévia autorização da AVAMP/OPERADORA, os procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época do evento.

**Parágrafo Único** - Os procedimentos de fisioterapia poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

## **DAS CIRURGIAS AMBULATORIAIS, DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DAS REMOÇÕES.**

**V - Cirurgias Ambulatoriais** - Terão cobertura, de acordo com o plano contratado, as despesas com cirurgias de pequeno porte, previamente autorizadas, realizadas em regime ambulatorial, sem necessidade de internação hospitalar, em local, data e médicos determinados pela AVAMP/OPERADORA, observada a opção contratual, sendo que nos casos de urgência ou emergência deve ser observado o disposto na cláusula específica.

**VI - Atendimentos em Urgência e/ou Emergência** - As despesas com atendimentos de urgência e/ou emergência justificados, terão cobertura se realizados dentro da rede referencial em unidades de pronto-socorro geral ou especializados, previamente determinados pela AVAMP/OPERADORA (através de orientador médico, boleto de pagamento ou correspondência específica), ou na impossibilidade justificada de utilização da mesma, nos casos que caracterize risco iminente de vida, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitando-se a opção contratual, compreendendo:



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

- a) Consultas médicas de urgência e/ou emergência;
- b) Atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência e/ou emergência, realizados em pronto-socorro;
- c) Curativos, aplicação de injeções e inalações de urgência e/ou emergência;
- d) Medicamentos e materiais cirúrgicos nacionais ou nacionalizados, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro, e de uso específico em pronto-socorro.

**Parágrafo Primeiro** - Entendem-se como casos de **emergência**, aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de **urgência**, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**Parágrafo Segundo** - A impossibilidade de utilização da rede credenciada será demonstrada a **AVAMP/OPERADORA** pelo(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou seu dependente, através de declaração, onde o mesmo justificará os fatos que resultaram tal situação, e acompanhada, se possível, de relatórios médicos e de exames que as comprovem.

**Parágrafo Terceiro** - Os eventos ocorridos dentro dos prazos de carências ou cobertura parcial temporária, decorrentes de Urgência e Emergência, ficam limitados a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto Socorro, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos de alta complexidade para fins de diagnósticos ou terapia. Quando necessário, para continuidade do atendimento de Urgência e Emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará ser do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, não cabendo qualquer ônus à **AVAMP/OPERADORA**.

**Cláusula 20** - No âmbito **HOSPITALAR**, estão compreendidas as seguintes coberturas:

**I - INTERNAÇÕES HOSPITALARES** – O(A) usuário(a) (titular e/ou dependente) terá direito, dentro dos limites de abrangência geográfica, à cobertura de **INTERNAÇÕES HOSPITALARES**, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e 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 pela **AVAMP/OPERADORA**, desde que solicitadas pelo médico assistente e mediante guia de encaminhamento previamente emitida pela **AVAMP/OPERADORA**, compreendendo:

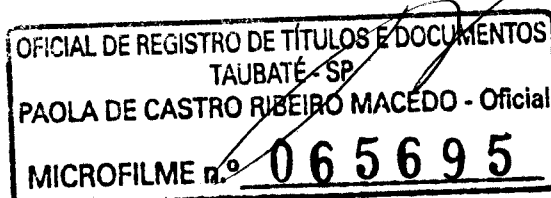
a) **INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA** – É garantida pelo presente regulamento a cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

**Cláusula 21** - Em regime de internação estarão cobertas as seguintes despesas hospitalares:

I - Diárias;

II - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

III - a cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

**IV** - Cobertura de toda e qualquer taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados;

**V** - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação de acompanhante, na ocorrência de internação de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

**Cláusula 22** - A AVAMP/OPERADORA garantirá, além dos procedimentos especiais previstos para o âmbito ambulatorial, a cobertura dos seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência para a segmentação hospitalar;
- b) Hemoterapia;
- c) Nutrição parenteral ou enteral;
- d) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência;
- e) Embolizações: descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência;
- f) Radiologia intervencionista;
- g) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- h) Procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência;
- i) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim, córnea e autólogos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

**Cláusula 23** - Das Internações Obstétricas e Assistência ao Recém-Nato - A AVAMP/OPERADORA garantirá, depois de observado o prazo de carência e exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica e da rede credenciada indicada no **MANUAL DE ORIENTAÇÃO**, ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou dependente as despesas com assistência médica relativa ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, compreendendo:

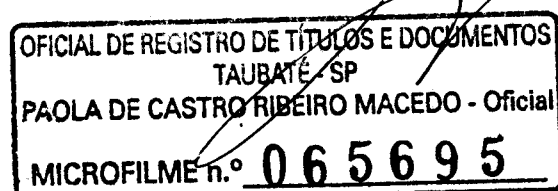
I - Consultas nas especialidades de obstetria;

II - Cirurgias na especialidade de obstetria;

III - Serviços complementares de diagnóstico e tratamento compreendendo:

- a) Ultra-sonografia obstétrica, persuflação tubária diagnóstica, tococardiografia, dopplerfluxometria, perfil biofísico do feto, amniocentese sob controle da ultrassonografia obstétrica, criocauterização do colo de útero, eletrocoagulação do colo de útero, hidrotubação e persuflação tubária; penioscopia no marido ou companheiro, desde que seja beneficiário do presente contrato;
- b) UTI neonatal, caso haja indicação do médico assistente credenciado, incluindo diárias, materiais, medicamentos e honorários;

IV - Assistência ao parto e ao recém nascido, abrangendo:



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B - FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

- Serviços de maternidade, compreendendo assistência pré-natal, assistência ao parto, cirúrgico ou não, curetagem de abortos espontâneos, e tratamento das parturientes nas complicações surgidas pós-parto;
- Cobertura assistencial ao recém nascido, filho natural ou adotivo dos beneficiários (titulares ou dependentes), durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- Cuidados de berçário, incluindo, se necessário, incubadora, leitos aquecidos e fototerapia;
- Honorários de médico-clínico, cirurgião e seus assistentes, anestesistas, obstetra, neonatologista.
- Acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

**Parágrafo Primeiro** - Para o atendimento dos serviços mencionados acima, a beneficiária deverá apresentar a cédula de identificação da AVAMP/OPERADORA, com prazo de validade em vigor, acompanhada de um documento oficial de identidade.

**Parágrafo Segundo** - Esta assistência continuará a ser prestada desde que o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** tenha incluído o recém-nato no plano até o término do aludido prazo de 30(trinta) dias.

**Parágrafo Terceiro** - Caso a inclusão do recém-nato ultrapasse o limite previsto de 30 (trinta) dias, os prazos de carências previstos no presente contrato deverão ser cumpridos integralmente, respeitadas as Condições Gerais do plano originalmente optado pelo titular, suas limitações e exclusões.

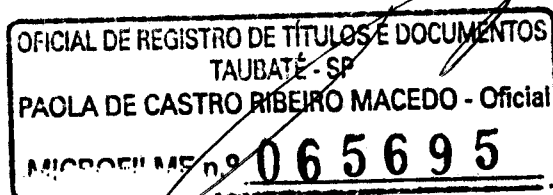
**Cláusula 24 - DOS TRANSPLANTES** - Serão cobertas as despesas decorrentes de transplantes de rins, córnea e aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados. Os transplantes somente ocorrerão por indicação médica de profissional integrante da equipe médica da AVAMP/OPERADORA, em conformidade com a natureza da doença que exija tal ato, além de se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e a Portaria nº 3.407, de 05 de agosto de 1998, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica e respeitando-se a opção contratual.

**Parágrafo Primeiro** - Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados aos transplantes de rins, córnea e autólogos:

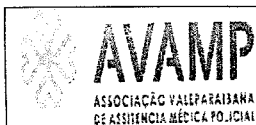
- As despesas assistenciais com doadores vivos;
- Os medicamentos utilizados durante a internação;
- O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- As despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

**Parágrafo Segundo** - Nos casos de transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, o beneficiário deverá obrigatoriamente estar inscrito na lista de receptores que é de âmbito nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

**Parágrafo Terceiro** - Nos casos de transplantes de doadores vivos independente do tipo de plano do receptor, o doador, terá a assistência assegurada na forma da Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, sendo que a internação será sempre no padrão enfermária.



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS n° 436.314/01-1**

**Cláusula 25 - CONSULTAS/SESSÕES COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL** - Serão cobertas todas as despesas relativas à consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, até os limites garantidos, desde que sejam obedecidos os critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento e editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**Cláusula 26 - SESSÕES DE PSICOTERAPIA** - Serão cobertas todas as despesas relativas à sessões de psicoterapia, desde que sejam preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios estabelecidos nas Diretrizes de Utilização previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

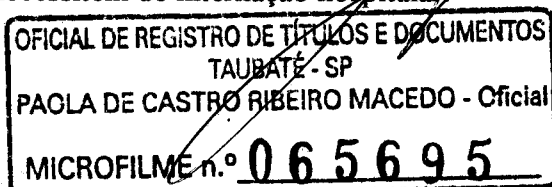
- a) Paciente com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b) Paciente com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88 e F89);
- e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38 e F39);
- f) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

**Cláusula 27 – ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO** – A AVAMP/OPERADORA garantirá a cobertura obrigatória, quando for comprovado o preenchimento de pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 e F14);
- b) Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- c) Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor – CID F30 e F31)
- d) Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

**Cláusula 28 - DAS CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS BUCO-MAXILO-FACIAIS E DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS QUE NECESSITEM DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR** - A AVAMP/OPERADORA garantirá a cobertura de despesas havidas pelo(a) CONTRATANTE referentes a cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, desde que realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

**Parágrafo Único** - A AVAMP/OPERADORA, quando necessário, garantirá a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.



# MODELO

 <p><b>AVAMP</b> ASSOCIAÇÃO VALEPARAIBANA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PÚBLICA</p>	<p><b>CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES COLETIVO POR ADESÃO PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR REGISTRO ANS nº 436.314/01-1</b></p>
--	--

**Cláusula 29 - CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS - A AVAMP/OPERADORA** procederá à cobertura de todas as cirurgias plásticas reparadoras, incluindo a 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, desde que as mesmas não estejam relacionadas à doenças ou lesões preexistentes.

**Parágrafo Único** - Nestes casos, o(a) **CONTRATANTE** e/ou seu dependente deverá cumprir período de cobertura parcial temporária ou pagar agravo, a fim de que tenha direito a tal cobertura.

**Cláusula 30 - COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA PARA CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA E GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA (CIRURGIA BARIÁTRICA)** - Serão cobertas as despesas decorrentes de colocação de banda gástrica para cirurgia de Obesidade mórbida e as decorrentes de gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), desde que seja comprovada a obediência ao disposto na Resolução nº 1.766/2005 do Conselho Federal de Medicina e no Rol de Procedimentos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência.

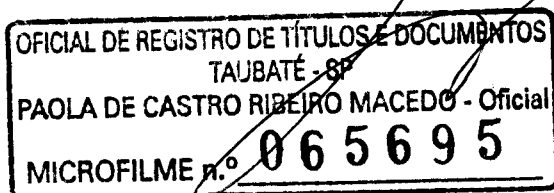
**Cláusula 31 - DESPESAS COM ACOMPANHANTES - A AVAMP/OPERADORA** garantirá a cobertura de despesas com alimentação havidas com acompanhante (exceto aquelas despesas consideradas extraordinárias), quando o beneficiário internado for:

- criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos;
- idosos a partir de 60 (sessenta) anos;
- portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

## X – EXCLUSÕES DE COBERTURA

**Cláusula 32** - Estão excluídos de todas as Coberturas deste Plano de Assistência a Saúde, os tratamentos/despesas decorrentes de:

- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Cirurgias Oftalmológicas Refrativas que não se enquadrem no disposto no no Rol de Procedimentos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência;
- Consultas e sessões de nutricionista, fonoaudiologista, terapeuta ocupacional, psicólogo(a) ou psicoterapia acima do limite estabelecido pela legislação vigente;
- Consultas domiciliares;
- Despesas com aquisição ou aluguel de equipamentos hospitalares ou similares;
- Despesas com extraordinários não relacionados com o atendimento médico-hospitalar, durante a internação tais como: decorações, despesas de toailete, dietas não recomendadas pelo médico assistente, frigobar, rádio, aparelhos de televisão, telefone, entre outras;
- Despesas com transplantes, excetuando-se de rins, córneas e aqueles descritos no Rol de Procedimentos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência;
- Despesas de acompanhantes, exceto para crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, bem como acompanhante indicado pela mulher durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, não abrangidas as despesas extraordinárias;
- Despesas com recém-nascidos de partos não cobertos pela AVAMP/OPERADORA;



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

- j) Enfermagem particular, vacinas e materiais aplicados ou utilizados em pacientes fora de regime de internação hospitalar ou de atendimento de urgência ou emergência em pacientes não internados;
- k) Emergência domiciliar;
- l) Eletivo fora da abrangência geográfica da **AVAMP/OPERADORA**;
- m) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- n) Inseminação artificial;
- o) Internações, intervenções, tratamentos e demais procedimentos médicos destinados à esterilização do homem e/ou da mulher, salvo nas hipóteses previstas no Rol de Procedimentos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência;
- p) Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- q) Medicamentos e produtos importados não nacionalizados ou não reconhecidos por órgão governamental competente, aparelhos estéticos e complementares de função como óculos, aparelho de surdez, aparelhos ortopédicos, imobilizadores removíveis e similares, material de síntese, órteses e próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- r) Procedimentos em carência e que não constarem do no Rol de Procedimentos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da ocorrência;
- s) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética;
- t) Procedimentos Odontológicos, de qualquer natureza, exceto cobertura de cirurgias buco-maxilo-faxial que necessitem de ambiente hospitalar e aqueles que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- u) Qualquer teste hematológico para pesquisa de fenótipos e/ou genótipos que envolvam DNA;
- v) Reeducação Postural Global – RPG;
- w) Serviços médicos hospitalares (consultas, exames, tratamentos e internações) prestados por elementos estranhos ao seu corpo clínico, sem a competente guia de encaminhamento por ela emitida;
- x) Transportes aero médicos;
- y) Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos;
- z) Tratamentos ou cirurgias anti-túberculares e/ou suas conseqüências, diagnósticos, exames, tratamento clínicos e cirúrgicos experimentais, bem como cirurgias não reconhecidas pelas autoridades competentes;
- aa) Vacinas; necropsias; cirurgias fetais; internações e cirurgias para mudanças de sexo.

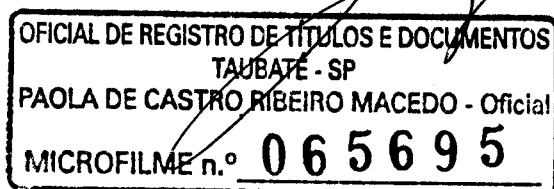
## XI - DA DURAÇÃO DO CONTRATO

**Cláusula 33** - O presente Regulamento terá seu início de vigência, a contar da data de sua atualização, pela **AVAMP/OPERADORA**, 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(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**.

**Parágrafo único** – No caso de inscrição de novos dependentes durante a vigência do plano, a inclusão e contagem de carências se darão a partir da data do recebimento da nova proposta de adesão.

**Cláusula 34** - Encerrando-se a vigência inicial, caso não seja requerida por escrito pelo **USUÁRIO(A) TITULAR** a rescisão da adesão ao presente regulamento, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento, ocorrerá a **renovação automática** do mesmo.

**Parágrafo Único** - 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.



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

## XII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

**Cláusula 35** - As coberturas previstas neste regulamento somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência abaixo descritos, contados a partir do início de vigência do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou de seu(s) dependente(s):

- a) Casos de urgência e emergência, devidamente caracterizadas através de declaração do médico que assistiu o paciente: 24 horas
- b) Consultas Médicas: 30 dias
- c) Exames de rotina: 60 dias
- d) Exames Especiais ou Alto Custo: 180 dias
- e) Internação Clínica ou Cirúrgica: 180 dias
- f) Internação Psiquiátrica: 180 dias
- g) Partos a termo: 300 dias

**Parágrafo Primeiro** - Fica ressaltado que a **AVAMP/OPERADORA** não poderá exigir o cumprimento das carências anteriormente descritas se a inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato.

**Parágrafo Segundo** - A **AVAMP/OPERADORA**, a cada aniversário do presente contrato, permitirá a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

- I – o beneficiário tenha se vinculado, após o transcurso do prazo definido no parágrafo anterior; e
- II – a solicitação de adesão seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

**Parágrafo Terceiro** - Transcorridos o prazo definido no parágrafo primeiro, a **AVAMP/OPERADORA** exigirá dos usuários o cumprimento dos prazos de carência, nos termos da regulamentação específica, limitados aos previstos em lei.

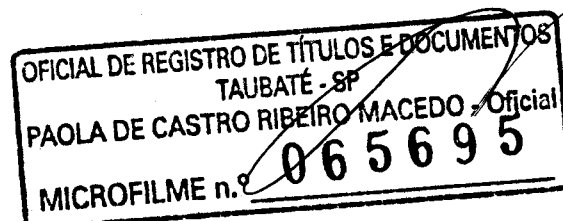
## XIII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

**Cláusula 36** – No momento da adesão, o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, obrigatoriamente, preencherá uma declaração de saúde por si e por seus dependentes, sendo-lhes permitido optar por passar por uma entrevista qualificada, para responder as questões, escolhendo um profissional médico cujo nome conste da rede credenciada indicada no orientador médico pela **AVAMP/OPERADORA**, sem qualquer ônus.

**Parágrafo Único** - Caso o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** opte por médico não constante do orientador médico, arcará com o ônus decorrente dessa opção.

**Cláusula 37** - Em sendo constatada pela **AVAMP/OPERADORA**, no momento da contratação, a existência de lesão ou doença, que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, serão oferecidas as seguintes alternativas para cobertura:

- a) cobertura parcial temporária: suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.





# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B - FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

b) agravo, acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde

**Parágrafo Primeiro** - Atendendo ao disposto na legislação específica, e de acordo com o Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, são considerados procedimentos de alta complexidade: Nefrologia, Anestesiologia, Cardiologia, Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica, Endoscopia Digestiva, Fisiatria, Genética, Hematologia, Imunologia, Microbiologia, Quimioterapia do Câncer, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico, Neuro-Radiologia, Angiografia Visceral e Periférica, Radiologia Intervencionista, Exames de Tomografia Computadorizada, Radioterapia, Exames de Ressonância Magnética (RM), Angiografias (Cirurgia Vascular), Angiográfica Intervencionista, Hemodinâmica – Cardiologia Intervencionista (Diagnóstica e Terapêutica), Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Urologia, e outros que vierem a serem contempladas por legislação superveniente.

**Parágrafo Segundo** - A escolha de uma das alternativas apontadas dependerá exclusivamente de decisão do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** por meio de declaração expressa, constante da proposta de adesão.

**Cláusula 38** - Será considerado fraudulento o comportamento consistente na omissão ou falsa declaração de doença ou lesão preexistente, de conhecimento prévio do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, não comunicado a **AVAMP/OPERADORA**.

**Cláusula 39** - A **AVAMP/OPERADORA** poderá comprovar o conhecimento prévio da doença ou lesão preexistente, em até 24 (vinte e quatro) meses da inclusão do beneficiário, cabendo àquela o ônus da prova, podendo utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação mencionada.

**Parágrafo Único** - Decorridos os primeiros 24 (vinte e quatro) meses contratuais, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a cobertura parcial temporária, assim como a cobrança do agravo

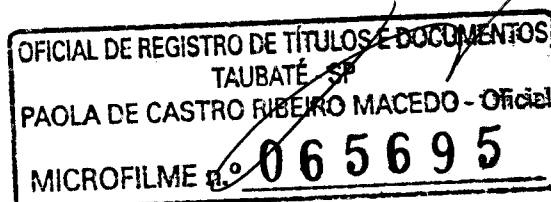
**Cláusula 40** - Nos casos em que for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a **AVAMP/OPERADORA** deverá comunicar imediatamente ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, podendo optar:

I - Oferecer as opções de Cobertura Parcial Temporária – CPT ou agravo; ou

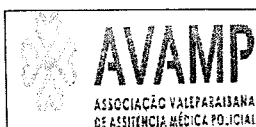
II - Abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

**Parágrafo Primeiro** - A comunicação realizar-se-á por via postal, remetida para o endereço do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, cuja entrega será comprovada através de Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, devidamente assinado e datado.

**Parágrafo Segundo** - O(A) **USUÁRIO(A) TITULAR** terá 10(dez) dias corridos, contados do dia do recebimento, para, expressamente, informar a sua concordância ou não à **AVAMP/OPERADORA**.



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

**Parágrafo Terceiro** - Em concordando com o alegado, o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** firmará Termo Aditivo com a **AVAMP/OPERADORA** onde, obrigatoriamente, constará o prazo de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado que este, e/ou seu dependente, deverá cumprir.

**Parágrafo Quarto** - Caso o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, expressamente, não concorde com a alegação, a **AVAMP/OPERADORA** encaminhará a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que analisará e efetuará o julgamento administrativo, a fim de dirimir a controvérsia instalada.

**Parágrafo Quinto** - Se requerido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo, que porventura detiver.

**Cláusula 41** - Após julgamento e, em sendo acolhida à alegação **AVAMP/OPERADORA** pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o beneficiário (titular ou dependente) que foi parte no processo administrativo, sem que haja necessidade de autorização do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, será excluído do plano contratado, sendo que o mesmo passará a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano ou seguro.

**Parágrafo Primeiro** - A **AVAMP/OPERADORA** comunicará o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** da exclusão do usuário que foi parte no processo administrativo, através de correspondência contendo cópia da decisão proferida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**Parágrafo Segundo** - No caso de o excluído ser o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, esta poderá transferir a titularidade a um de seus dependentes.

**Parágrafo Terceiro** - Em nenhuma hipótese será permitido a re-inscrição do usuário excluído no plano contratado.

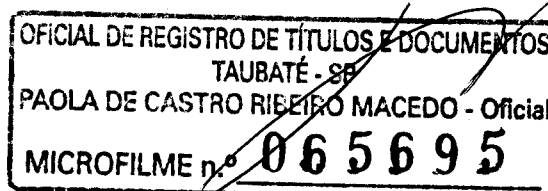
**Cláusula 42** - Não haverá, sob qualquer alegação, a suspensão das coberturas contratadas até o resultado do julgamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**Cláusula 43** - A **AVAMP/OPERADORA** não será responsável pelo pagamento de nenhum tipo de despesa decorrente de procedimentos não previstos neste contrato, bem como daquelas não incluídas na cobertura contratual.

**Cláusula 44** - Em sendo realizada perícia no ato da contratação, a **AVAMP/OPERADORA** não poderá alegar que o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou seu dependente eram portadores de Doença e/ou Lesão Pré-existente.

## XIV - ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGENCIA

**Cláusula 45** - As despesas com atendimentos de urgência e/ou emergência justificados, terão cobertura se realizados dentro da rede credenciada, em unidades de pronto-socorro geral ou especializados, previamente determinados pela **AVAMP/OPERADORA** (através de Orientador Médico ou correspondência específica), ou na impossibilidade justificada de utilização da mesma,



# MODELO

 <b>AVAMP</b> ASSOCIAÇÃO VALEPARAIBANA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POLICIAL	<b>CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES</b> <b>COLETIVO POR ADESÃO</b> <b>PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR</b> <b>REGISTRO ANS nº 436.314/01-1</b>
--	---

nos casos que caracterize risco iminente de vida, ficando assegurado o atendimento exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica, respeitada a opção contratual, compreendendo:

- a) Consultas médicas de urgência e/ou emergência;
- b) atendimentos clínicos e cirúrgicos de urgência e/ou emergência, realizados em pronto-socorro;
- c) Curativos, aplicação de injeções e inalações de urgência e/ou emergência;
- d) Medicamentos e materiais cirúrgicos nacionais ou nacionalizados, administrados durante a permanência do paciente no pronto-socorro, e de uso específico em pronto-socorro.

**Parágrafo Único** - Entendem-se como casos de **EMERGÊNCIA**, aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de **URGÊNCIA**, aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**Cláusula 46** - A impossibilidade de utilização da rede credenciada será demonstrada a **AVAMP/OPERADORA** pelo(a) beneficiário e/ou seu dependente, através de declaração, onde o mesmo justificará os fatos que resultaram tal situação, e acompanhada, se possível, de relatórios médicos e de exames que as comprovem.

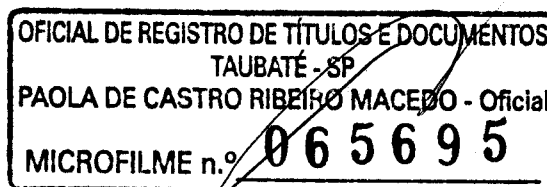
**Cláusula 47** - Os eventos ocorridos dentro dos prazos de carências ou cobertura parcial temporária, decorrentes de Urgência e Emergência, ficam limitados a um período de 12(doze) horas de atendimento em Pronto Socorro, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos de alta complexidade, para fins de diagnósticos ou terapia, relacionados às doenças e lesões preexistentes. Quando necessário, para continuidade do atendimento de Urgência e Emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços em tempo menor que 12(doze) horas, a cobertura cessará de imediato, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará ser do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, não cabendo qualquer ônus à **AVAMP/OPERADORA**.

## DO REEMBOLSO

**Cláusula 48** - Quando o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou seu dependente necessitar de Assistência Médica fora dos locais onde a **AVAMP/OPERADORA** tenha serviços credenciados, porém respeitada a abrangência geográfica, nas situações de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados, este terá as despesas reembolsadas, obedecendo a tabela de preços estipulada pela **AVAMP/OPERADORA**.

**Parágrafo Primeiro** - A análise para o reembolso previsto nos termos deste contrato será efetuado mediante o preenchimento do Pedido de Reembolso, e a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico ou CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;
- b) Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por Nota Fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;
- c) Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B - FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

**Parágrafo Segundo** - Para os dependentes os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**.

**Parágrafo Terceiro** - Somente será reconhecido pela **AVAMP/OPERADORA**, o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais, devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

**Parágrafo Quarto** - Em nenhuma hipótese a **AVAMP/OPERADORA** aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

**Cláusula 49** - Após aceitação dos documentos apresentados e a comprovação com a devida aprovação do evento e das despesas, através de auditoria médica, o pagamento do reembolso das despesas será efetuado em 30 (trinta) dias.

**Parágrafo Primeiro** - O reembolso das despesas será efetuado através de cheque nominal ou depósito bancário em nome do(a) paciente.

**Parágrafo Segundo** - Para que o reembolso seja efetivado, o(a) beneficiário(a) deverá caracterizar perfeitamente o evento, através da documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento.

**Parágrafo Terceiro** - O valor do reembolso não poderá ser superior ao valor constante na tabela praticada pela **AVAMP/OPERADORA** junto a sua rede de prestadores.

**Cláusula 50** - A **AVAMP/OPERADORA** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou de seu dependente.

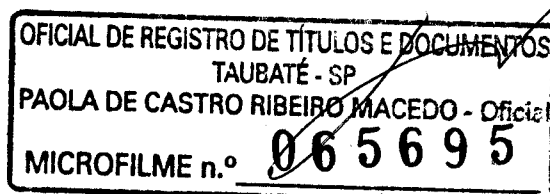
## REMOÇÃO

**Cláusula 51** - Nos casos comprovadamente necessários, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste contrato.

**Parágrafo Primeiro** - Será garantida a remoção para o SUS, após o atendimento de emergência/urgência, no caso de beneficiário que ainda esteja cumprindo carência para internação.

**Parágrafo Segundo** - Nos casos de remoção para uma unidade do SUS, são aplicáveis as seguintes regras:

- a) Caberá à **AVAMP/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;
- b) quando não possa haver remoção por risco de vida, o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou seu dependente e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **AVAMP/OPERADORA**, desse ônus;
- c) Na remoção, a **AVAMP/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;
- d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a **AVAMP/OPERADORA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- e) nos casos decorrentes de acordo de cobertura parcial temporária, em tendo passado as 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial, ou em menor período de tempo, caso o médico assistente tenha determinado a internação hospitalar, caberá a **AVAMP/OPERADORA** o ônus e a responsabilidade



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

da remoção do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou seu dependente para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

**Cláusula 52** - Nas situações de urgência e emergência ocorridas durante o período de carência, caberá a **AVAMP/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. A responsabilidade da **AVAMP/OPERADORA** sobre o paciente só cessará quando for efetuado o registro na unidade do SUS.

**Cláusula 53** - A **AVAMP/OPERADORA**, não se responsabilizará, em nenhuma hipótese, pela remoção do(a) paciente, caso este esteja sob alta hospitalar, prescrita pelo médico assistente.

**Cláusula 54** - Nos casos em que o atendimento não venha a se caracterizar como de urgência ou emergência e o evento se encontrar dentro do período de carência não haverá obrigatoriedade de cobertura por parte da **AVAMP/OPERADORA**.

## XV - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

**Cláusula 55** - O presente Regulamento não prevê livre escolha de Prestadores de Serviços Médicos e Hospitalares, que não esteja contemplada dentro da rede credenciada.

## XVI – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**Cláusula 56** - As internações hospitalares ficam a critério do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **AVAMP/OPERADORA**, sendo certo, ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente, integrante do corpo clínico da **AVAMP/OPERADORA**;

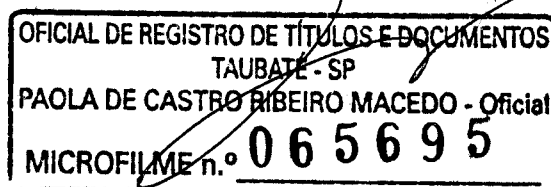
**Parágrafo Primeiro** - Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação;

**Parágrafo Segundo** - Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Regulamento, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, próprio ou credenciado pela **AVAMP/OPERADORA**, o Cartão de Identificação do Beneficiário, além do documento de identidade do beneficiário-paciente:

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

**Parágrafo Quarto** - Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários deste Regulamento, estes, quando pacientes, deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico credenciado pela **AVAMP/OPERADORA**, e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciados, cabendo a eles toda a responsabilidade pelo tratamento instituído.

**Cláusula 57** - Para o Plano de Saúde deste Regulamento deve ser entendido como “Co-participação”, a parte efetivamente paga pelo(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** à **AVAMP/OPERADORA**, referente à realização dos procedimentos abaixo relacionados:



# MODELO

 <b>AVAMP</b> ASSOCIAÇÃO VALEPARAIBANA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POLICIAL	<b>CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES COLETIVO POR ADESAO PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR REGISTRO ANS nº 436.314/01-1</b>
--	---

Procedimentos	% de Co-Participação
Consultas Médicas em geral	50%
Exames Complementares - até 300 CH's	30%
Exames Complementares – de 301 a 1000 CH's	20%
Exames Complementares – a partir de 1001 CH's	10%
Dias excedentes de cobertura prevista nas Diretrizes de Utilização (DUT)	50%

**Cláusula 58** - Autorizações Prévias nas guias de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela **AVAMP/OPERADORA**;

**Cláusula 59** - A **AVAMP/OPERADORA** reserva-se no direito de realizar perícia prévia, quando o usuário vier a submeter-se aos procedimentos classificados como periciáveis, concedendo ou não cobertura em função do resultado da perícia e em conformidade com os termos do presente Regulamento.

**Cláusula 60** - As internações feitas em caráter de urgência e emergência, deverão ser comunicadas à **AVAMP/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 **AVAMP/OPERADORA**, das despesas resultantes do atendimento;

**Cláusula 61** - A **AVAMP/OPERADORA** poderá proceder a substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, sendo certo que a substituição deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas e equivalentes às dos substituídos;

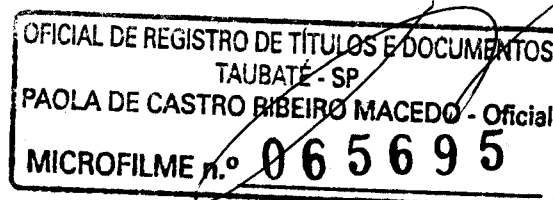
**Parágrafo Primeiro** - Quando houver descredenciamento de entidade hospitalar, a **AVAMP/OPERADORA** deverá dar ciência escrita ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

**Parágrafo Segundo** - A **AVAMP/OPERADORA** poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei nº 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais;

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

**Parágrafo Quarto** - Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos, o mesmo permanecerá internado, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da **AVAMP/OPERADORA**.

**Parágrafo Quinto** - Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **AVAMP/OPERADORA** responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**.



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

## DA JUNTA MÉDICA

**Cláusula 62** - Em caso de divergência de natureza médica sobre o direito às coberturas previstas no contrato, garante-se ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e a **AVAMP/OPERADORA**, a prerrogativa de constituir junta médica, constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **AVAMP/OPERADORA**, outro pelo(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

**Parágrafo Primeiro** - Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada à sociedade médica da aludida especialidade, reconhecida oficialmente.

**Parágrafo Segundo** - Cada parte arcará com as despesas de seu médico assistente, caso o escolhido pelo(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** não seja um credenciado da **AVAMP/OPERADORA**. Os honorários do terceiro serão suportados pela **AVAMP/OPERADORA**.

**Parágrafo Terceiro** - Após a análise da junta médica, fica reservado a **AVAMP/OPERADORA** o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste regulamento.

## XVII – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADES

**Cláusula 63** - Os valores a serem pagos pela Cobertura Assistencial de Saúde são Pré-Estabelecidos e encontram-se descritos na Tabela de Valores da **AVAMP/OPERADORA**, específica para o plano contratado.

**Cláusula 64** - O pagamento da contraprestação pecuniária mensal, será através de desconto em folha de Pagamento (holerite), emitido contra o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** junto ao Centro de Despesa da Polícia Militar do estado de São Paulo – CDP, e São Paulo Previdência – SPPREV, ou ainda através de Conta Bancária, conforme Autorização de Desconto assinada pelo próprio.

**Parágrafo Primeiro** - O desconto não efetuado em folha de pagamento ou conta bancária referente à sua contribuição mensal, não desobriga o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** de cumprir com seus compromissos junto à **AVAMP/OPERADORA**.

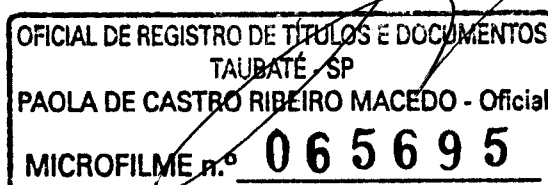
**Parágrafo Segundo** - O recebimento pela **AVAMP/OPERADORA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

**Parágrafo Terceiro** - O pagamento antecipado das Contribuições Mensais não elimina nem reduz os prazos de carência deste Regulamento.

**Parágrafo Quarto** - O pagamento da Contribuição Mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

**Parágrafo Quinto** - O atraso no pagamento das Contribuições Mensais, 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 **AVAMP/OPERADORA** tenha comunicado ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso, cumulado ou consecutivo.

**Parágrafo Sexto** - O pagamento mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Após esta data haverá multa de 2% (dois por cento), sobre o valor a ser pago, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento), ao mês e atualização monetária do período.



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B - FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

## XVIII – REAJUSTE

**Cláusula 65** - A mensalidade será reajustada na data do aniversário do contrato coletivo cuja periodicidade é de 12 meses, e 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, bem como decorrente da alteração do nível de sinistralidade que terá como base à reavaliação dos custos mensais individuais e sinistros da carteira específica do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** ocorridos nos últimos 12 (doze) meses.

**Cláusula 66** - O reajuste da contribuição mensal do presente Regulamento, fica condicionada aos termos da Lei nº 9.656/98, e legislação subsequente, anualmente, através de Ato Normativo;

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

**Parágrafo Segundo** - Em havendo alteração no presente Regulamento, a Contribuição Mensal será reajustada, de acordo com o índice autorizado anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## XIX – DAS FAIXAS ETÁRIAS

**Cláusula 67** - O(A) **USUÁRIO(A) TITULAR** reconhece que as contribuições são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, e que as mensalidades estipuladas na data de início do plano de assistência médica será aquele estabelecido na tabela de mensalidades da **AVAMP/OPERADORA**, para a faixa-etária em que se encontrem os(as) usuários(as).

**Parágrafo Primeiro** - Ocorrendo alteração na idade de qualquer usuário (titular ou dependente), que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da contribuição será aumentado a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais estipulados neste contrato, independentemente do índice de reajuste financeiro estabelecido.

### TABELA DE FAIXA ETÁRIA E VARIAÇÃO DE PREÇOS EM PERCENTUAL

I - De 0 a 18 anos	
II - De 19 anos a 23 anos – Quando completar 19 anos	
III - De 24 anos a 28 anos – Quando completar 24 anos	
IV - De 29 anos a 33 anos – Quando completar 29 anos	
V - De 34 anos a 38 anos – Quando completar 34 anos	
VI - De 39 anos a 43 anos – Quando completar 39 anos	
VII - De 44 anos a 48 anos – Quando completar 44 anos	
VIII - De 49 anos a 53 anos – Quando completar 49 anos	
IX - De 54 anos a 58 anos – Quando completar 54 anos	
X - De 59 anos ou mais – Quando completar 59 anos	

OFICIAL DE REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
Taubaté - SP  
PAOLA DE CASTRO RIBEIRO MACEDO - Oficial  
MICROFILME n.º 065695



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

**Parágrafo Segundo** - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária atendem à RN nº 63/03 editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e suas atualizações, observadas as seguintes condições:

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

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

**Parágrafo Terceiro** - No caso de opção pelo agravamento da mensalidade, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da mensalidade já agravada.

## XX - BÔNUS – DESCONTOS

**Cláusula 68** - O presente Regulamento não prevê desconto ou bônus.

## XXI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

**Cláusula 69** - 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.

## XXII - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

**Cláusula 70** - O vínculo do Beneficiário com este regulamento é embasado em normas estatutárias e Associativas.

## XXIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

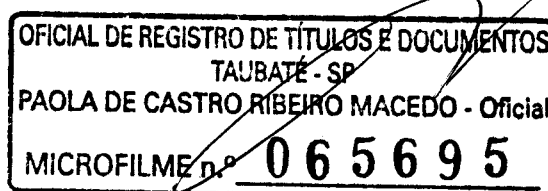
**Cláusula 71** - Sem prejuízo das penalidades previstas em Lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Regulamento também será rescindido de pleno direito, independentemente de notificação e/ou interpelação extra ou judicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:

**Parágrafo Primeiro** - Sempre que, por fraude, obtiver o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e/ou seu(s) beneficiário(s) qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da **AVAMP/OPERADORA**.

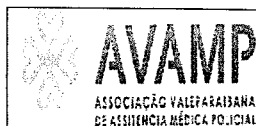
**Parágrafo Segundo** - Atraso, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Regulamento, na quitação das prestações pecuniárias previstas na cláusula vigésima nona presente instrumento, desde que a **AVAMP/OPERADORA** tenha comunicado ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, sua condição de inadimplência até o quinquagésimo (50º) dia de atraso, cumulado ou consecutivo;

**Parágrafo Terceiro** - Qualquer fraude em documento ou informação acarretará a imediata exclusão do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** e seus dependentes, não lhes assistindo direito a quaisquer dos benefícios previstos neste Regulamento, assim como a devolução de qualquer quantia paga.

**Parágrafo Quarto** - O(A) **USUÁRIO(A) TITULAR** obriga-se a devolver, incontinentemente, à **AVAMP/OPERADORA**, os cartões de identificação dos beneficiários deste Regulamento, em caso de sua rescisão, ou o do beneficiário dependente em caso de exclusão do Plano, sob pena de



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B – FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais constante do Plano.

**Parágrafo Quinto** - A rescisão contratual, por iniciativa do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, somente poderá se dar mediante solicitação escrita a ser encaminhada à **AVAMP/OPERADORA**.

**Parágrafo Sexto** - Caso o presente Regulamento seja rescindido antes de seu término ou do término de suas prorrogações, fica o(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, obrigada ao pagamento, de uma só vez, de todos os valores das contraprestações pecuniárias devidas até o término do ano contratual.

## XXIV – DA RESCISÃO/SUSPENSÃO DO CONTRATO

**Cláusula 72** - Por tratar-se de uma operadora de **Autogestão**, não se aplica a rescisão, no entanto, haverá a exclusão dos sócios sempre que os mesmos descumprirem o estatuto social da **AVAMP/OPERADORA**.

**Parágrafo Único**- Haverá ainda a exclusão por pedido formal do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**.

## XXV - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

**Cláusula 73** - O presente Regulamento não disponibiliza serviços ou coberturas adicionais.

## XXVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

**Cláusula 74** – A **AVAMP/OPERADORA** fornecerá ao(a) **USUÁRIO(A) TITULAR** uma relação contendo os dados dos Prestadores Credenciados pela **AVAMP/OPERADORA**.

**Cláusula 75** – O(s) dependente(s) do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, juntamente com este(s), considerado(s) beneficiário(s) do Plano, estão identificados na Ficha de Inscrição, Declaração de Saúde e Proposta de Adesão acompanham o presente Regulamento, que, rubricados pelas partes, é peça integrante deste Instrumento Contratual, para todos os fins de direito.

**Cláusula 76** - O(A) **USUÁRIO(A) TITULAR** admite a natureza da dívida líquida, certa e exigível, cobrável inclusive por processo de execução, dos valores oriundos das suas taxas, do uso indevido, do excesso de permanência, por serviços não cobertos, por utilização dentro dos prazos de carências, referentes a este Regulamento.

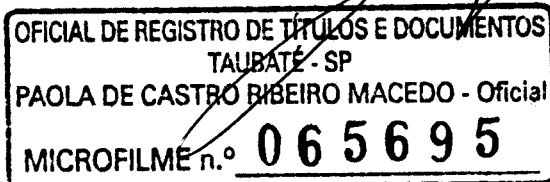
## DA ALTERAÇÃO DESTE CONTRATO

**Cláusula 77** - Toda alteração realizada no presente contrato, que venha a descaracterizar o produto ofertado, somente será válida se tiver ocorrido à aprovação prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e houver a concordância, por escrito, das partes.

## DO COORDENADOR MÉDICO E DO SIGILO DE INFORMAÇÕES

**Cláusula 78** - A **AVAMP/OPERADORA** disponibiliza um Coordenador Médico responsável pelas informações médicas pertinentes, em atendimento a Lei.

**Cláusula 79** - O(A) **USUÁRIO(A) TITULAR** e seus dependentes, autorizam a **AVAMP/OPERADORA** a solicitar e utilizar a qualquer tempo, junto ao Coordenador Médico e



# MODELO



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES  
COLETIVO POR ADESÃO  
PLANO DE COBERTURA ASSISTENCIAL - NÍVEL B - FAMILIAR  
REGISTRO ANS nº 436.314/01-1**

em atendimento as solicitações para fins de dirimir desavenças junto aos órgãos governamentais, todas as informações necessárias, em laboratórios, clínicas, hospitais, outras instituições médico-hospitalares, operadoras de plano e de seguro saúde, outras organizações ou pessoas, para à elucidação de assuntos estritamente relacionados aos eventos médicos cobertos, em atendimento a Lei.

## XXVII – ELEIÇÃO DO FORO

**Cláusula 80** - As partes elegem de comum acordo e com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, o foro do(a) **USUÁRIO(A) TITULAR**, para solução de eventuais pendências que se originarem deste instrumento.

E por estarem, assim justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais.

Taubaté, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Usuário Titular**  
Contratante

\_\_\_\_\_  
**AVAMP/OPERADORA**  
Contratada

