

PROPOSTA DE ADESÃO

1. () POLICIAL MILITAR (Ativo/Inativo)
2. () PENSIONISTA
3. () AGREGADO (Filho/Filha após data limite)
4. () DEPENDENTES

Nome do Titular (2. 3. 4.): _____

À DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Eu, _____

RE/SPPREV: _____ RG: _____ CPF: _____

Graduação: _____ Data de Nasc: _____

Nome da mãe: _____

Residente: _____ nº _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Local de trabalho: _____ Cidade: _____

TelefoneFixo: () _____ Cel: () _____ WhatsApp: () _____

Email: _____

() Holerith- Policial Ativo/Inativo/Pensionista () Boletão Bancário

Venho respeitosamente através deste, solicitar minha adesão na Associação Policial de Assistência a Saúde – APAS.

Declaro preencher todos os requisitos para a admissão.

Segue em anexo:

- 1 – Carta de orientação ao beneficiário, devidamente preenchida; (anexa)
- 2 – Solicitação de adesão para Plano de Saúde; (Anexa)
- 3 – Cópia do Demonstrativo de Pagamento (holerith);
- 4 – Cópia de comprovante de residência, atualizado;
- 5 – Cópias dos documentos: TITULAR: RG, CPF, Funcional
DEPENDENTES: RG, CPF e Certidão de nascimento com CPF;
- 6 - Certidão de casamento ou equivalente;
- 7 – Extrato bancário;
- 8 – Cópia do cartão SUS do titular e dependentes. (que deve ser retirado no Posto de Saúde).
- 9 – Entrevista médica (agendar na APAS).
- 10 – Recolher taxa de administração - (20% salário mínimo).

Obs: será dispensada a entrevista médica aos associados dependentes que passarem a agregados e dependentes que passarem a pensionistas.

Informações importantes: _____

Araçatuba, _____ de _____ de _____

Assinatura

ANÁLISE ADMINISTRAÇÃO

Informações:

FAMÍLIA	IDADE	VALOR

PARECER MÉDICO

MÉDICO AUDITOR	SIM	NÃO	DATA	ASSINATURA
Justificativa:				

PARECER DA DIRETORIA

DIRETOR	SIM	NÃO	DATA	ASSINATURA
Justificativa:				

DIRETOR	SIM	NÃO	DATA	ASSINATURA
Justificativa:				

DIRETOR	SIM	NÃO	DATA	ASSINATURA
Justificativa:				

DIRETOR	SIM	NÃO	DATA	ASSINATURA
Justificativa:				

DIRETOR	SIM	NÃO	DATA	ASSINATURA
Justificativa:				

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 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 foi submetido 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 fornecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, 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, endoscopia etc.*). **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declaradas, até 24 meses, contados desde a assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **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.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato como 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 – 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 – Perfil Beneficiário.

Beneficiário

Local: _____

Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível e assinatura

Solicitação de Adesão para Plano de Saúde

Nome do plano APAS		Co-participação (X) sim () não	Nº. Registro ANS	Cód. Corretor	Data de Solicitação	Cód. APAS 41.421-2		
Dados do Beneficiário								
0	Nome						Valor Unitário	
CPF			RG			EC	Data de Nascimento	
Nome da mãe						Data de Nascimento		
Endereço para correspondência						Número		
Complemento				Bairro				
Município				UF	CEP			
Telefone residencial ()		Telefone comercial ()		Ramal	Telefone para contato ()			
Dados dos Dependentes								
1	Nome			S	GP	Data de nascimento	Idade	Valor Unitário
2	Nome			S	GP	Data de Nascimento	Idade	Valor Unitário
3	Nome			S	GP	Data de Nascimento	Idade	Valor Unitário
4	Nome			S	GP	Data de nascimento	Idade	Valor Unitário
Dados Financeiros								
Endereço para cobrança						Número		
Complemento				Bairro				
Município				UF	CEP			
Co-participação				Franquia		Valor total da mensalidade		
Consultas		Exames		Internação				

Local e data

Assinatura do contratante / responsável

obs.: A ADESÃO AO PLANO ESTÁ SUJEITA À APROVAÇÃO DA DIRETORIA.

PLANO AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTERÍCIA
PESSOA FÍSICA COM FATOR DE COPARTICIPAÇÃO DE 30% para exames,
diagnose e procedimentos ambulatoriais, e COPARTICIPAÇÃO DE 30% para consultas

Nome Comercial: **PLANO A+H+OB-APAS**

Proposta de Admissão realizada no dia: ____/____/____.

Área Geográfica de Abrangência do Plano:

ARAÇATUBA; PENÁPOLIS e suas subsedes, sendo: **Avanhandava, Santópolis do Aguapeí, Luiziânia, Braúna, Glicério, Clementina, Barbosa e Alto Alegre; GENERAL SALGADO** e suas subsedes, sendo: **Auriflama, Nova Luzitânia, Gastão Vidigal, Guzolândia, São João de Iracema e Santo Antonio do Aracanguá; BIRIGUI** e suas subsedes, sendo: **Bilac, Buritama, Lourdes, Gabriel Monteiro, Piacatu, Coroados Turiúba e Brejo Alegre; GUARARAPES** e suas subsedes, sendo: **Bento de Abreu, Rubiácea e Valparaíso.**

VISTO DO ASSOCIADO

CARÊNCIAS

Para ter direito aos serviços objetos deste contrato, os USUÁRIOS deverão cumprir os períodos de carências ajustados nesta cláusula. Os períodos de carência passarão a fluir em função de cada USUÁRIO, a partir do 1º dia do mês subsequente ao pagamento de sua inscrição.

O direito de atendimento deste contrato encontra-se vinculado às seguintes carências:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência, acidentes pessoais ou emergências, desde que possam implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovados em declaração do médico assistente.
- b) 30 (trinta) dias para consultas, exames de patologia clínica (exceto hormonais) e Rx (sem contraste).
- c) 90 (noventa) dias para os seguintes procedimentos:
 - 1) Anatomia patológica
 - 2) Densitometria óssea
 - 3) Ecocardiograma (todos)
 - 4) Eletroneuromiografia
 - 5) Endoscopia digestiva
 - 6) Exames de diagnose em oftalmologia (exceto Tonometria)
 - 7) Exames de diagnose em otorrinolaringologia
 - 8) Exames hormonais em Patologia Clínica
 - 9) Holter
 - 10) Infiltração ou punção articular
 - 11) Medicina nuclear
 - 12) Monitorização ambulatorial de pressão arterial - Mapa
 - 13) Perfil biofísico do feto
 - 14) Rx contrastado
 - 15) Teste ergométrico

16) Tococardiografia anteparto

17) Ultra-sonografia

d) 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos:

1) Acupuntura

2) Angiografia

3) Cintilografia

4) Cirurgias ambulatoriais ou procedimentos ambulatoriais não descritos nos itens acima

5) Diálise e Hemodiálise

6) Endoscopias (exceto digestiva)

7) Estudo eletrofisiológico mais ablação

8) Fisioterapia

9) Hemodinâmica e Cirurgia Cardíaca

10) Litotripsia por ondas de choque

11) Neuroradiologia

12) Ph-metria

13) Polissonografia

14) Psiquiatria – Internação e Atendimento

15) Quimioterapia

16) Radiologia intervencionista

17) Radioterapia

18) Ressonância Magnética

19) Todos os exames e procedimentos não especificamente citados nas letras **C e D** desta cláusula e constante no Rol de Procedimentos da segmentação desse contrato

20) Tomografia computadorizada

21) Transplante de Rim e Córnea

22) Pet Scan

e) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas, incluindo internações em Unidades de Terapia Intensiva, para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, internações para serviços de apoio e diagnóstico, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

f) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

As contraprestações pecuniárias terão como data de vencimento Holerite do Policial Militar e ou Pensionista de Caixa Beneficente Policia Militar.

Tipo do Contrato	Individual	Familiar
Valor da Inscrição	R\$	R\$

A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária obedecerá aos seguintes valores:

Faixa Etária	0 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais
Percentual	--	20,50%	31,95%	11%	09,60%	16,90%	06,84%	28,80%	30,35%	21,27%

RELAÇÃO DE DEPENDENTES OU AGREGADOS

	NOME	SEXO F/M	EC	DATA DE NASCIMENTO	P	AGRAVO R\$ ou C.P.T.
C				/ /		
1				/ /		
2				/ /		
3				/ /		
4				/ /		
5				/ /		
6				/ /		
7				/ /		
8				/ /		

NÃO PREENCHER A COLUNA: AGRAVO OU COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

GLOSSÁRIO

ANEXO II, da Resolução – RN nº. 20, de 12 de dezembro de 2002

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que a despesa com honorário será de sua responsabilidade.
2. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, serão oferecidas duas opções:
 - a) Cobertura Parcial Temporária o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.
 - b) Agravo Acréscimo no preço mensal do plano para que o consumidor tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais.
4. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**

5. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Declaro ter lido este documento na data do preenchimento da “*Declaração de Saúde*”.

Araçatuba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do titular ou responsável,
caso o titular for menor que 18 anos

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Estou ciente da minha obrigação de informar, nesta oportunidade, ser eu, ou algum de meus dependentes indicados, portador de doença ou lesões preexistentes, sob pena de imputação de fraude. Estou de acordo, que com base nas respostas dadas na presente Declaração de Saúde e caracterizada a doença ou lesão preexistente, serão estabelecidas as coberturas contratuais.

Declaro que a informação de saúde relativa a mim e aos meus dependentes foi espontaneamente feita, estando ciente de que nos termos da Lei 9656/98, a omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual possa eu ou algum de meus dependentes indicados ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, acarretará na suspensão ou no cancelamento do contrato.

Nesse caso, serei responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Araçatuba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do titular ou responsável,
caso o titular for menor que 18 anos

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas	Titular	Cônjuge	1	2	3	4	De 180 dias	Para 720 dias
1	Sofre(u) de alguma doença infecto-parasitária, como Hepatite Viral, Doença de Chagas, Tuberculose, Meningite ou outras? Especifique.								
2	Sofre(u) de doença respiratória, como Enfisema, Asma, Bronquite, Pneumonia ou outras? Especifique.								
3	Sofre(u) de doença do sistema osteomuscular ou tecido conjuntivo, como Escoliose, Cifose, Artrose, Fraturas, Hérnia de Disco, Bursites, Câncer do Osso, Osteoporose, Fibromialgia ou outros distúrbios ósseos? Especifique.								
4	Sofre(u) de doença do sistema nervoso, como Derrame Cerebral, Neurite, Poliomio, Mal de Alzheimer, Neuropatia Periférica, Hidrocefalia, Paralisia Cerebral ou outras? Especifique.								
5	Sofre(u) de alguma doença das glândulas, como Diabetes, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Pancreatite ou outras? Especifique.								
6	Sofre(u) de algum tumor, como Câncer de Estômago, de Esôfago, do Sistema linfático, da Mama, do Colo do Útero, da Próstata, Leucemia ou outro tipo de tumor? Especifique.								
7	Sofre(u) de alguma doença sexualmente transmissível, como AIDS, HPV, Sífilis, gonorréia ou outras? Especifique.								
8	Sofre(u) de doença do aparelho circulatório, como Febre Reumática, Infarto do Miocárdio, Edema de Pulmão, Coronariopata, aneurisma, Hipertensão Arterial ou outras? Especifique.								
9	Sofre(u) de alguma doença do aparelho urinário, como Pedra nos Rins, Insuficiência Renal, Mastite, Bexiga, Próstata, Incontinência Urinária ou outras? Especifique.								
10	Sofre(u) de algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico? Especifique.								
11	Sofre(u) de doenças ginecológicas, como Cisto de Ovário, Endometriose, Mioma, Tumor de Mama ou outras? Especifique.								
12	Sofre(u) de alguma doença reumatológica, como Reumatismo, Artrite ou outras? Especifique.								
13	Sofre(u) de sequela de acidente, moléstia ou congênita? Especifique.								
14	Sofre(u) de alguma doença do aparelho digestivo, como Câncer de Língua, Esofagite, Gastrite, Duodenite, Hérnia, Câncer de Intestino, Polipose Intestinal, Hepatite, Cirrose Hepática, Litíase de Vesícula Biliar, Colecistite, Pancreatite ou outras? Especifique.								

DECLARAÇÃO DE DISPOSIÇÃO PROFISSIONAL

Declaro que a APAS – Associação Policial de Assistência à Saúde colocou a minha disposição profissional médico para orientação, sem ônus financeiro, quanto ao preenchimento desta “Declaração de Saúde”. Fui também informado que poderei optar por um profissional de minha livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção.

Araçatuba, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do titular ou responsável,
caso o titular for menor que 18 anos

DECLARAÇÃO DE DISPOSIÇÃO PROFISSIONAL

Atesto que esta “Declaração de Saúde” foi preenchida sob minha orientação. (Próprio punho)

Assinatura do médico orientador

DECLARAÇÃO DE DISPENSA PROFISSIONAL

Declaro em meu nome e de meus dependentes que dispenso a presença de médico orientador.

Araçatuba, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do titular ou responsável,
caso o titular for menor que 18 anos

Sr(a). interessado(a), este folheto contém informações importantes sobre o funcionamento do Plano de Saúde APAS-Araçatuba, sendo indispensável sua leitura, uma vez que contém todos os detalhes referentes à cobertura, área de abrangência, etc.

1. COBERTURAS

Consultas, exames simples, exames de alta complexidade, internação, radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, transplantes de rim e córnea, procedimentos constantes no Rol de Procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde).

2. FATOR MODERADOR E FRANQUIA

30% para:

- Consultas, serviços de diagnose e terapia, Pronto Atendimento realizados em ambulatório;
- Consultas em consultórios (todas as especialidades), consultas com nutricionistas, psicólogos e fonoaudiólogos;
- Exames laboratoriais - Rol e Procedimentos ANS.

Não será cobrado fator moderador:

- nos casos de internações cirúrgicas (cobertura de 100%).

Franquia de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) para:

- Internações clínicas.

3. ACOMODAÇÕES

Quartos coletivos sem direito a acompanhante.

4. INÍCIO DA CONTAGEM DA CARÊNCIA

O início dar-se-á a partir da data em que toda a documentação corretamente preenchida for entregue, o contrato for assinado pelas partes (pretensão associado e diretores da APAS) e a taxa de inscrição for recolhida.

5. CONFECÇÃO DO CONTRATO

O contrato deverá ser assinado pelo policial militar interessado, inclusive os contratos dos agregados (filhos de policiais militares ou pensionistas).

6. TAXA DE INSCRIÇÃO

20% do salário mínimo nacional.

OBS: AOS POLICIAIS E PENSIONISTAS QUE SAIREM DA CBPM SERÁ ACRESCIDO 20% NO VALOR DA MENSALIDADE ATÉ UM MONTANTE DE R\$96,00 QUE É O REPASSE DA CRUZ AZUL.

Plano 10 (Policial ou Pensionista) - Ambulatorial/Hospitalar/Com obstetrícia

Faixa Etária	0 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 ou mais
Valor	90,79	99,61	136,99	150,90	164,34	190,21	265,47	340,39	409,72	494,51

Plano 11 (Filho agregado) - Ambulatorial/Hospitalar/Com obstetrícia

Faixa Etária	0 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos	39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 ou mais
Valor	141,52	155,38	187,38	200,13	214,26	255,34	311,22	412,53	456,37	785,61