

7. Informações necessárias ao beneficiário

Eu, _____ CPF nº _____, beneficiário e proponente interessado a integrar o quadro de Beneficiário da APUB Saúde, declaro para todos os fins de direito que tomei conhecimento e que estou ciente das informações que explicitamente foi participada a minha pessoa pelo Preposto do Plano APUB Saúde, no que tange às regras de utilização do plano e, que por livre e espontânea vontade estou aderindo a esta Proposta do Plano APUB Saúde, o qual declara que fui devidamente informado sobre sua metodologia, processo de manutenção e atualização de meus dados cadastrais, elementos estes que são de minha inteira e exclusiva responsabilidade de atualização toda vez que houver alterações nestes dados, sendo obrigatório participar esses fatos a APUB Saúde, além de disponibilizar os documentos para efeito de comprovação e validação das alterações respectivas. Nesse mesmo íterim ratifico em estar cientificado dos termos e regras que regem a APUB Saúde e seu sistema operacional, tudo conforme se seguem: que a APUB Saúde é um plano de assistência à saúde, na modalidade de autogestão sob a forma de pré-pagamento, coletivo por adesão, sem fins lucrativos, tendo como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças de seus beneficiários, mediante cobertura de despesas decorrentes de atendimento médico ambulatorial, hospitalar e obstétrico, tudo em conformidade com o que estabelece a Lei 9.656/98 e legislação complementar da área de saúde;

1. Que o beneficiário ao aderir a APUB Saúde declara ter conhecimento, lido e aceitado os termos e regras constantes no Regulamento do Plano APUB Saúde.
2. Que é exigido do beneficiário o pagamento da taxa de emissão da 2ª. (segunda) via do cartão de identificação toda vez que for solicitada, por sua vez.
3. Que nas hipóteses de atraso no pagamento de mensalidade e/ou da coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não e dentro do lapso de tempo dos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, acarreta a exclusão do beneficiário da APUB Saúde.
4. Que o beneficiário da APUB SAÚDE está ciente que; a área geográfica de abrangência do plano é grupo de municípios (Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Cruz das Almas, Lauro de Freitas, Barreiras, Camaçari, Vitória da Conquista), de cobertura assistencial na segmentação ambulatorial/hospitalar e obstetrícia está em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
5. Que a rede credenciada da APUB Saúde está disponível e pode ser visualizada no do site da APUB saúde (www.apubsaude.com.br).
6. Nas hipóteses de ocorrências de eventos que careçam de urgência e/ou emergência, fica assegurada a cobertura integral dos procedimentos em tais circunstância, a fim de se evitar incursão de risco imediato

de morte ou lesões irreparáveis para o beneficiário, para tanto necessário à existência de declaração do médico assistente, justificando o atendimento e sua atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, desde a admissão do beneficiário até a alta.

7. Que os beneficiários do APUB Saúde fazem jus especificamente, aos serviços assistenciais especificados e previstos no Regulamento APUB Saúde, depois de ter cumprido os períodos obrigatórios de carência, consoante ao que prevê **Períodos de Carência** do Regulamento a seguir discriminado:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas médicas;
- c) 30 (trinta) dias para exames simples (hemograma, glicemia, colesterol, urina tipo I, raios X sem contraste, parasitológico de fezes), ultrassonografia, mamografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ecocardiograma, teste ergométrico e exames oftalmológicos);
- d) 90 (noventa) dias para Exames de análises clínicas, anatomopatológicos e citopatológicos (exceto necropsia), audiometria, colposcopia e colpocitologia, densitometria óssea, eletromiografia, endoscopia digestiva, exames radiológicos contrastados, exames e testes alérgicos, otorrinolaringológicos, líquor, prova de função pulmonar, tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletrococleografia, mapeamento com tálio ou gálio, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, cintilografia, litotripsia extracorpórea, hibridização molecular, mapeamento cerebral, duplex scan, core biopsy, tilt teste, exames de biologia molecular, tratamento dermatológico;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para Exames e procedimentos de Alta Complexidade assim classificados pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde/ANS;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para Terapias / Tratamentos Clínicos Ambulatórias;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para Demais Procedimentos Ambulatoriais;
- h) 180 (cento e oitenta) dias para Internações Clínicas;
- i) 180 (cento e oitenta) dias para Internações Cirúrgicas;
- j) 180 (cento e oitenta) dias Demais Procedimentos Hospitalares;
- k) 300 (trezentos) dias para Partos a termo.
- l) Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a APUB SAÚDE oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. Caso a APUB SAÚDE não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

- m)** Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 8.** Que os beneficiários são atendidos por prestadores de serviços da rede credenciada (médicos, clínicas, laboratórios e hospitais) conveniada, mediante a apresentação de cartão de identificação, documento de identidade e guia de autorização prévia, devidamente emitida pelo APUB Saúde quando for exigido.
- 9.** O presente regulamento prevê coparticipação de 30% (trinta por cento), desde a 1ª ocorrência, dos seguintes procedimentos em rede credenciada:
- a) CONSULTAS;
 - b) EXAMES LABORATORIAIS;
 - c) ANATOMIA PATOLÓGICA;
 - d) EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO & TERÁPICO;
 - e) EXAMES DE ALTO CUSTO: Compreendendo Tomografias, Ressonância Magnética, Laparoscopia, Histeroscopia Diagnóstica, Mapeamento com Tálcio ou Gálio, Colonoscopia, Angiografia, Cintilografia, Cateterismo, Litotripsia, Densitometria;
 - f) FONOAUDIOLOGIA, PSICOTERAPIAS, FISIOTERAPIAS, ACUPUNTURA e demais tratamentos de caráter ambulatorial;
 - g) Coparticipação diferenciada para os seguintes tratamentos:
 - g.1) PSQUIATRIA: internamentos em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, após os 30 (trinta) primeiros dias de internação, o beneficiário deverá assumir a participação de 50% do custeio de cada diária excedida;
 - g.2) DEPENDÊNCIA QUÍMICA - internamentos em hospital geral, após os 15 (quinze) primeiros dias de internação, o beneficiário deverá assumir de 50% (cinquenta por cento) do custeio de cada diária excedida.

Os percentuais de coparticipação estipulados serão cobrados por procedimento realizado e por beneficiário, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela APUB Saúde no pagamento de seus prestadores, limitando-se o seu desconto mensal em até R\$ 400,00.



(71) 2103-9200

(71) 3247-3381



apubsaude@apubsaude.com.br



www.apubsaude.com.br



Av. Antônio Carlos Magalhães, nº 3213 - Edifício Golden Plaza - Salas 405, 406, 407 e 408 - Parque Bela Vista - Salvador - BA - CEP: 40.280-000

10. Que fica ciente que a mensalidade paga pelos beneficiários poderá ser acrescida, em caráter extraordinário e por período limitado, de taxa extra, aprovada por Assembleia Geral dos Associados, uma vez que se comprove déficit operacional provocado por aumento excepcional das despesas assistenciais ou mudança nas normas estabelecidas pela ANS para o cálculo de reservas de risco e operacional.
11. O APUB Saúde ao lançar os valores relativos à cobrança das mensalidades, também incluirá os valores referentes a coparticipação, taxa de adesão, taxa de segunda via do cartão de identificação.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Proponente / Beneficiário