

ANEXO I – TERMO DE ADESÃO AO PLANO BRONZE A

Nº do Termo de Adesão: _____

Nome do titular	
CPF	
RG/UF	
Data de nascimento	
Categoria/Posto/Graduação	
RE/Matrícula	
Situação funcional	Ativa () Reserva/Reforma () Pensionista ()
Unidade/Órgão	
Endereço residencial	
Cidade/UF/CEP	
Telefone celular	
E-mail pessoal	
Cartão Nacional de Saúde – CNS	
Forma preferencial de contato	E-mail () SMS () WhatsApp () Outro: _____
Telefone residencial	
Naturalidade/UF	
Estado civil	
PIS/PASEP	
Filiação	
Telefone da OPM/Órgão	
Banco / Cidade	
Agência / Conta bancária	

DEPENDENTES A SEREM INSCRITOS

DEPENDENTE 1			
Nome completo			
CPF		RG/UF	
Data de nascimento		CNS	
Naturalidade/UF		Estado civil	
Parentesco/Condição		PIS/PASEP	
Filiação MÃE			
Filiação PAI			
DEPENDENTE 2			
Nome completo			
CPF		RG/UF	

Data de nascimento		CNS	
Naturalidade/UF		Estado civil	
Parentesco/Condição		PIS/PASEP	
Filiação MÃE			
Filiação PAI			
DEPENDENTE 3			
Nome completo			
CPF		RG/UF	
Data de nascimento		CNS	
Naturalidade/UF		Estado civil	
Parentesco/Condição		PIS/PASEP	
Filiação MÃE			
Filiação PAI			
DEPENDENTE 4			
Nome completo			
CPF		RG/UF	
Data de nascimento		CNS	
Naturalidade/UF		Estado civil	
Parentesco/Condição		PIS/PASEP	
Filiação MÃE			
Filiação PAI			
DEPENDENTE 5			
Nome completo			
CPF		RG/UF	
Data de nascimento		CNS	
Naturalidade/UF		Estado civil	
Parentesco/Condição		PIS/PASEP	
Filiação MÃE			
Filiação PAI			

DECLARAÇÕES DO TITULAR

- Declaro ter recebido ou ter acesso ao Regulamento do Plano Bronze A, ao Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e ao Guia de Leitura Contratual – GLC.
- Declaro ciência de que o Plano Bronze A possui contratação coletiva por adesão, é operado na modalidade de autogestão, possui segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, acomodação coletiva, formação de preço pré-estabelecida e mecanismos de coparticipação previstos no Regulamento.
- Declaro verdadeiras as informações cadastrais prestadas e comprometo-me a comunicar alterações que possam modificar minha elegibilidade ou a de meus dependentes.

- Declaro ciência acerca do tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis necessários à operação do Plano e à prestação da assistência à saúde, nos termos da LGPD e do Regulamento.
- Declaro ter recebido a Carta de Orientação ao Beneficiário e a Declaração de Saúde, quando aplicáveis.
- **Declaro que, nesta mesma oportunidade, firmo a Declaração de Ciência, Recebimento Eletrônico e Compromisso Associativo – Anexo IV, relativa ao Regulamento do Plano e ao Estatuto Social vigente da APAS/São João.**

Local e data: _____

Assinatura do Titular: _____

Assinatura/Validação da APAS/São João: _____

ANEXO II – TABELA DE VALORES – PLANO BRONZE A

Vigência da tabela: 01/09/2026

Faixa etária	Mensalidade	Variação por mudança de faixa
00 a 18 anos	R\$ 280,21	0%
19 a 23 anos	R\$ 335,11	19,59%
24 a 28 anos	R\$ 400,26	19,44%
29 a 33 anos	R\$ 487,23	21,73%
34 a 38 anos	R\$ 533,03	9,40%
39 a 43 anos	R\$ 618,05	15,95%
44 a 48 anos	R\$ 698,40	13,00%
49 a 53 anos	R\$ 893,95	28,00%
54 a 58 anos	R\$ 1.321,34	47,81%
59 anos ou mais	R\$ 1.565,66	18,49%

Tabela de valores 2026–2027 fornecida pela APAS/São João. Início de vigência: 01/09/2026.

ANEXO III – CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Declaração de Saúde é o formulário no qual o beneficiário ou seu representante legal informa as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano.

Para o preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário tem direito à orientação gratuita por médico indicado pela operadora. Caso opte por profissional de sua livre escolha, os custos dessa orientação serão de sua responsabilidade.

A existência de doença ou lesão preexistente não impede a adesão ao plano. Quando aplicável, a operadora poderá oferecer cobertura total, Cobertura Parcial Temporária – CPT ou agravo, observadas as condições e limites da regulamentação vigente.

Na CPT, a restrição poderá alcançar exclusivamente Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos diretamente relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses contados da adesão.

Durante a CPT, permanecem cobertos, observadas as carências contratuais, os demais atendimentos que não estejam compreendidos nos limites da CPT.

Caso a operadora identifique indícios de omissão de DLP, deverá observar o procedimento regulamentar aplicável, inclusive comunicação ao beneficiário e, quando necessário, processo administrativo perante a ANS. Até decisão administrativa definitiva, não poderá haver suspensão ou encerramento da cobertura com fundamento exclusivamente na alegada omissão.

É importante declarar corretamente as doenças ou lesões de que tenha conhecimento no momento da adesão.

Local e data: _____

Assinatura: _____

BENEFICIÁRIO TITULAR – CIÊNCIA DA CARTA DE ORIENTAÇÃO

Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO, QUANDO HOVER

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Identificação dos beneficiários que responderão ao questionário:

Beneficiário	Nome	Peso (kg)	Altura (cm)
Titular			
1º dependente			
2º dependente			
3º dependente			
4º dependente			
5º dependente			

1. Possui alguma doença do sistema vascular, como varizes, inchaço nas pernas ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

2. Possui alguma doença do aparelho cardiocirculatório, como angina, infarto, hipertensão arterial, arritmia cardíaca, insuficiência coronariana ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

3. Possui alguma doença do sistema endócrino ou metabólico, como diabetes, doenças da tireoide, obesidade ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

4. Possui alguma doença do aparelho digestivo, como esofagite, gastrite, úlcera, litíase biliar, divertículos intestinais, hepatite, pancreatite ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

5. Possui hérnia de qualquer tipo, como epigástrica, inguinal, umbilical, incisional ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

6. Possui alguma doença do sistema sanguíneo ou imunológico, como anemia, púrpura, talassemia ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

7. Possui alguma doença do aparelho urinário, como litíase urinária, infecções renais, insuficiência renal, doenças da bexiga, uretra ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

8. Possui alguma doença do sistema nervoso, como cefaleia crônica, AVC, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

9. Possui alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, como rinite crônica, diminuição da audição, sinusites, amigdalites, otites de repetição ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

10. Possui alguma doença do aparelho respiratório, como asma, bronquite, enfisema pulmonar, pneumonias de repetição ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

11. Possui algum problema osteomuscular ou tendinoso, como dorsalgia, lombalgia, artralgia, artrose, hérnia de disco, osteoporose, tendinite, LER/DORT ou outros?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

12. Possui alguma doença ginecológica ou de mama, como mioma, cisto ovariano, cisto de mama, alteração menstrual, sangramento, incontinência urinária ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

13. Possui alguma doença relacionada ao sistema imunológico, doença infecciosa, degenerativa, autoimune ou outra condição relevante?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

14. Possui alguma doença dos órgãos genitais masculinos, como prostatite, hidrocele, fimose, parafimose ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

15. Possui alguma doença, malformação congênita ou hereditária?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

16. Possui alguma doença dos olhos e anexos, como catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, estrabismo, ptose palpebral ou outras?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

17. Possui alguma doença ou transtorno mental, como depressão, ansiedade, esquizofrenia ou outras condições diagnosticadas?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

18. Possui alguma condição relacionada à dependência de álcool, drogas, estimulantes ou outras substâncias?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar: _____

19. Possui alguma doença ou lesão não relacionada nas perguntas anteriores?

Titular: SIM () NÃO () Especificar: _____

Dependente 1: SIM () NÃO () Especificar:

Dependente 2: SIM () NÃO () Especificar:

Dependente 3: SIM () NÃO () Especificar:

Dependente 4: SIM () NÃO () Especificar:

Dependente 5: SIM () NÃO () Especificar:

PARECER DO MÉDICO AUDITOR

Nome/CRM: _____

Assinatura: _____

Representante autorizado da APAS/São João – Nome: _____

Assinatura: _____

OPÇÃO E DECLARAÇÃO FINAL

Quando houver DLP declarada e a hipótese for aplicável ao produto, assinalar a opção formalizada:

() Cobertura total, quando oferecida pela APAS/São João.

() Cobertura Parcial Temporária – CPT, nos limites regulamentares.

() Agravo, quando oferecido e tecnicamente implementado para o produto.

Declaro que as informações prestadas nesta Declaração de Saúde correspondem às doenças ou lesões de que tenho conhecimento no momento da adesão. Declaro ter recebido a Carta de Orientação ao Beneficiário e ter sido informado acerca do direito à orientação médica para preenchimento desta Declaração. Estou ciente de que eventual alegação de omissão de DLP deverá observar o procedimento administrativo previsto pela ANS.

Local e data: _____

Assinatura do Beneficiário Titular: _____

O beneficiário titular deverá rubricar todas as páginas integrantes da Declaração de Saúde quando o documento for formalizado em meio físico.

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, RECEBIMENTO ELETRÔNICO E COMPROMISSO ASSOCIATIVO

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

APAS/SÃO JOÃO

Associado Titular	
CPF	
RG	
RE/Matrícula	
Plano	Bronze A
Nº do Termo de Adesão	

Pelo presente instrumento, na condição de associado titular da Associação Policial de Assistência à Saúde de São João da Boa Vista – APAS/São João e beneficiário do respectivo plano de assistência à saúde, DECLARO, para todos os fins, que:

I – tive acesso prévio ao Estatuto Social vigente da APAS/São João e ao Regulamento do Plano de Assistência à Saúde ao qual estou aderindo, documentos disponibilizados no sítio eletrônico institucional <https://apassaojoao.com.br/>;

II – recebi ou me foi disponibilizada, por meio eletrônico, cópia do Estatuto Social vigente e do Regulamento aplicável ao Plano, tendo sido facultada a sua leitura antes da formalização da adesão;

III – estou ciente de que o Estatuto Social e o Regulamento do Plano constituem documentos distintos e complementares à minha relação com a APAS/São João, disciplinando, respectivamente, minha condição associativa e as regras aplicáveis à assistência à saúde contratada;

IV – ao requerer meu ingresso ou permanência no quadro associativo e aderir ao Plano, comprometo-me a observar e cumprir as disposições do Estatuto Social, do Regulamento do Plano, das deliberações regularmente adotadas pelos órgãos competentes da Associação e das normas legais e regulamentares aplicáveis;

V – declaro estar ciente de que o descumprimento das obrigações associativas ou regulamentares poderá sujeitar-me às medidas e consequências previstas no Estatuto Social e no Regulamento, mediante observância dos procedimentos neles estabelecidos, sem prejuízo das responsabilidades civis ou penais eventualmente cabíveis nos termos da legislação;

VI – reconheço que a Assembleia Geral constitui o órgão soberano da APAS/São João, nos limites do Estatuto Social e da legislação vigente, competindo-lhe deliberar sobre as matérias submetidas à sua apreciação na forma estatutária;

VII – estou ciente de que eventuais sugestões, divergências ou propostas relacionadas às normas estatutárias, à organização associativa ou às matérias de competência da Assembleia Geral poderão ser apresentadas pelos meios e procedimentos previstos no Estatuto Social, para apreciação pelo órgão competente;

VIII – comprometo-me a manter meus dados cadastrais atualizados, especialmente endereço eletrônico, telefone e demais meios de contato utilizados pela APAS/São João para envio de documentos, comunicados e informações de interesse associativo e assistencial;

IX – autorizo que o Estatuto Social, o Regulamento do Plano e suas versões vigentes, bem como demais documentos relacionados à minha vinculação, sejam disponibilizados e encaminhados por meio eletrônico, sem prejuízo do meu direito de solicitar acesso ou cópia pelos canais disponibilizados pela APAS/São João;

X – declaro ter tido oportunidade de solicitar esclarecimentos sobre o conteúdo dos documentos referidos nesta declaração antes da assinatura.

Por ser expressão da minha livre manifestação de vontade, firmo a presente declaração.

São João da Boa Vista/SP, ____ de _____ de _____.

Associado Titular: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

APAS/São João: _____

Responsável pelo atendimento/validação: _____

ANEXO V – TERMO ADITIVO DE ALTERAÇÃO DE PRODUTO

TERMO ADITIVO DE ALTERAÇÃO ENTRE OS PLANOS BRONZE A E BRONZE B

Associado Titular: _____

CPF: _____

Nº do Termo de Adesão originário: _____

Produto de origem: Plano Bronze A Produto de destino: Plano Bronze B

Declaro solicitar, de forma livre e expressa, a alteração do produto acima indicada, estando ciente das diferenças de padrão de acomodação, mensalidade e demais características específicas de cada produto.

Ficam aproveitados os períodos de carência já cumpridos relativamente às coberturas idênticas entre os produtos.

Quando a alteração representar melhoria do padrão de acomodação e não for aplicável hipótese de portabilidade de carências, poderá ser exigida carência de até 180 (cento e oitenta) dias exclusivamente para utilização do padrão superior de acomodação, nos termos do item 6.5 do Regulamento e da regulamentação aplicável.

Nova mensalidade: conforme ANEXO II – TABELA DE VALORES vigente para o produto de destino na data de efetivação da alteração.

Data de início de vigência da alteração: ____/____/____.

Associado Titular – Assinatura: _____

APAS/São João – Validação: _____