APAS/SÃO JOÃO

REGULAMENTO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PLANO BRONZE B

Associação Policial de Assistência à Saúde de São João da Boa Vista
Registro ANS da Operadora nº 40826-3
Registro ANS do Produto nº 471.793/14-7

São João da Boa Vista/SP – Outubro de 2026

IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA E DO PRODUTO

Operadora	Associação Policial de Assistência à Saúde de São João da Boa Vista – APAS/São João
CNPJ	71.753.297/0001-04
Registro da Operadora na ANS	40826-3
Modalidade	Autogestão não patrocinada
Sede	Av. Presidente João Belchior Marques Goulart nº 401 – Parque das Nações – São João da Boa Vista/SP – CEP 13.870-579
Nome Comercial do Produto	Plano Bronze B
Registro do Produto na ANS	471.793/14-7
Tipo de Contratação	Coletivo por Adesão
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Padrão de Acomodação	Individual
Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios
Formação do Preço	Pré-estabelecida por faixa etária

Área de abrangência geográfica e atuação: São João da Boa Vista, Aguaí, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Itapira, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Grama, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande do Sul, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, todos no Estado de São Paulo.

Acomodação: individual, em quarto privativo. Na indisponibilidade da acomodação contratada, será assegurado padrão superior, sem ônus adicional, até a disponibilização de leito compatível.

1 – ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

1.1. OBJETO – O presente Regulamento disciplina a prestação continuada de serviços e a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, nos termos da Lei nº 9.656/1998, destinado à assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, compreendendo as coberturas obrigatórias aplicáveis à segmentação contratada, observados o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, as Diretrizes de Utilização – DUT, a legislação vigente e os critérios aplicáveis à cobertura de tratamentos e procedimentos não incorporados ao Rol.

1.2. NATUREZA JURÍDICA – O presente instrumento constitui Regulamento de Plano Privado de Assistência à Saúde operado na modalidade de autogestão, com características de instrumento de adesão, subordinado à Lei nº 9.656/1998, à regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ao Estatuto Social da APAS/São João e às demais normas aplicáveis.

2 – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Poderão ingressar no Plano Bronze B, na condição de beneficiários titulares, os associados titulares da APAS/São João que preencham os requisitos estabelecidos no Estatuto Social e pertençam às categorias estatutariamente elegíveis, incluindo policiais militares, policiais civis, policiais penais e servidores do sistema penitenciário, servidores da Polícia Científica e respectivos pensionistas, nas condições previstas no Estatuto Social.

2.2. A adesão será formalizada mediante Termo de Adesão, observados os requisitos cadastrais, estatutários e regulamentares aplicáveis, sendo obrigatória a participação do associado titular como beneficiário do Plano para inclusão de seu grupo familiar.

2.3. Poderão ser inscritos como beneficiários dependentes, observadas as condições estatutárias e regulamentares: cônjuge ou companheiro; filhos, enteados, adotivos ou reconhecidos; netos; pais; irmãos; pais do cônjuge ou companheiro; genros e noras; cunhados e sobrinhos; e demais integrantes do grupo familiar admitidos pela regulamentação aplicável às entidades de autogestão, mediante comprovação da respectiva condição jurídica.

2.4. A inclusão de beneficiários dependentes observará os limites de parentesco e demais requisitos previstos no Estatuto Social da APAS/São João e na regulamentação vigente da ANS aplicável às entidades de autogestão.

2.5. Poderão igualmente ser admitidos como beneficiários dependentes a criança ou adolescente sob guarda ou tutela, o curatelado e as demais pessoas cuja inclusão seja autorizada pela regulamentação vigente da ANS, mediante comprovação documental da respectiva condição.

2.6. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou de seu dependente, com aproveitamento ou isenção de carências nas hipóteses legal e regulamentarmente previstas, desde que a inclusão seja requerida à APAS/São João no prazo de até 30 (trinta) dias contado do nascimento ou da constituição do vínculo de adoção, conforme o caso.

2.6.1. O cônjuge ou companheiro poderá ser incluído no Plano no prazo de até 30 (trinta) dias contado da data constante da certidão de casamento ou da constituição formal da união estável constante do respectivo instrumento ou registro, com aproveitamento das carências já cumpridas, observadas as regras legais e regulamentares aplicáveis.

2.7. A inclusão posterior de beneficiário dependente dependerá da comprovação da condição de elegibilidade, apresentação dos documentos exigidos e cumprimento das carências eventualmente aplicáveis, ressalvadas as hipóteses legais de isenção, aproveitamento ou dispensa.

2.8. A manutenção da condição de beneficiário dependerá da permanência dos requisitos estatutários e regulamentares que fundamentaram sua admissão, cabendo ao titular comunicar à APAS/São João qualquer alteração que possa modificar ou extinguir sua elegibilidade ou a de seus dependentes.

3 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. Observados os períodos de carência, a Cobertura Parcial Temporária – CPT, quando aplicável, a segmentação assistencial contratada, a área geográfica de abrangência e as demais condições deste Regulamento, a APAS/São João assegurará as coberturas assistenciais obrigatórias previstas na Lei nº 9.656/1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, nas Diretrizes de Utilização – DUT e nas demais normas vigentes.

3.2. COBERTURA DE TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS NÃO CONSTANTES DO ROL – A cobertura de tratamento ou procedimento não incorporado ao Rol da ANS observará o art. 10 da Lei nº 9.656/1998 e a interpretação constitucional fixada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADI nº 7.265.

I – existência de prescrição por médico ou cirurgião-dentista assistente devidamente habilitado;

II – inexistência de decisão expressa da ANS contrária à incorporação do tratamento ou procedimento e inexistência de pendência de análise de proposta de sua incorporação ao Rol, quando esse requisito for aplicável;

III – inexistência, no Rol da ANS, de alternativa terapêutica adequada à condição clínica do beneficiário;

IV – comprovação de eficácia e segurança baseada em evidências científicas de alto nível ou avaliação de tecnologias em saúde; e

V – existência de registro perante a ANVISA, quando o produto, medicamento ou tecnologia estiver sujeito a registro sanitário.

3.2.1. O preenchimento dos requisitos será objeto de avaliação técnica, observados os prazos de atendimento e resposta estabelecidos pela regulamentação da ANS. Eventual negativa será formalmente fundamentada e sujeita aos mecanismos de reanálise previstos na regulamentação vigente.

3.3. Será assegurada cobertura para consultas médicas em número ilimitado, inclusive consultas obstétricas destinadas ao acompanhamento pré-natal, nas especialidades reconhecidas pelos órgãos profissionais competentes, observada a rede assistencial do Plano.

3.4. Será assegurada cobertura para consultas, sessões e tratamentos realizados por psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e demais profissionais previstos na regulamentação da ANS, observadas as indicações clínicas e as Diretrizes de Utilização aplicáveis, sem limitação quantitativa incompatível com a regulamentação vigente.

3.5. Será assegurada cobertura para procedimentos de reeducação, habilitação e reabilitação física previstos na regulamentação vigente, quando indicados por profissional habilitado.

3.6. Serão garantidas as coberturas relacionadas ao planejamento familiar previstas na Lei nº 9.656/1998 e no Rol da ANS, incluindo consultas, aconselhamento, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e demais coberturas obrigatórias vigentes.

3.7. Estão compreendidos na cobertura, quando indicados e observadas as condições regulamentares, os procedimentos especiais previstos no Rol da ANS, incluindo, entre outros, hemodiálise e diálise peritoneal, quimioterapia, radioterapia, hemodinâmica, hemoterapia e cirurgias ambulatoriais.

3.8. Será assegurada cobertura para medicamentos, produtos e insumos cuja cobertura seja obrigatória nos termos da Lei nº 9.656/1998, do Rol da ANS, das Diretrizes de Utilização e das demais normas aplicáveis, desde que possuam registro ou regularização perante a ANVISA quando legalmente exigível.

3.9. Será assegurada cobertura para internações hospitalares, inclusive em unidades de terapia intensiva ou equivalentes, vedada limitação de prazo, valor máximo ou quantidade de internações, desde que haja indicação do médico assistente e observadas a segmentação e as condições assistenciais contratadas.

3.9.1. Na indisponibilidade de leito correspondente ao padrão de acomodação contratado, será assegurada acomodação em padrão superior, sem ônus adicional, até a disponibilização do leito contratado.

3.10. A cobertura hospitalar compreenderá honorários profissionais, serviços de enfermagem, alimentação, taxas hospitalares, materiais, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, exames complementares e demais recursos assistenciais necessários ao tratamento durante a internação, observada a regulamentação vigente.

3.11. Será assegurada cobertura das despesas de acompanhante nas hipóteses legal ou regulamentarmente obrigatórias, especialmente para crianças e adolescentes, pessoas com 60 anos ou mais, pessoas com deficiência quando indicado e gestante durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

3.12. Será assegurada a cobertura hospitalar necessária aos procedimentos bucomaxilofaciais e aos procedimentos odontológicos que, por imperativo clínico, necessitem de ambiente hospitalar, incluídos exames complementares, materiais, medicamentos e demais recursos hospitalares de cobertura obrigatória.

3.13. Será assegurada cobertura para cirurgias plásticas reparadoras ou reconstrutivas cuja cobertura seja obrigatória, inclusive aquelas relacionadas ao tratamento do câncer e à restauração de órgãos ou funções comprometidos.

3.14. Será assegurada cobertura para transplantes e procedimentos correlatos de cobertura obrigatória, compreendendo, quando aplicável, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos e materiais utilizados durante a internação, acompanhamento clínico pós-operatório e despesas relacionadas à captação, preservação e transporte de órgãos, nos termos da legislação vigente.

3.15. A cobertura dos transtornos mentais observará a legislação específica, o Rol da ANS, as Diretrizes de Utilização e as normas vigentes, abrangendo atendimento ambulatorial, hospital-dia, internação psiquiátrica e demais modalidades terapêuticas de cobertura obrigatória.

3.16. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreenderá acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, cobertura do acompanhante indicado pela gestante nos períodos legalmente previstos e assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, observadas as disposições legais e regulamentares vigentes.

4 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Respeitadas as coberturas obrigatórias previstas na Lei nº 9.656/1998, no Rol da ANS, nas Diretrizes de Utilização e nas demais normas vigentes, poderão ser excluídos da cobertura assistencial os procedimentos, tratamentos, produtos, serviços e despesas cuja exclusão seja expressamente admitida pela legislação ou regulamentação aplicável.

4.1.1. tratamento clínico ou cirúrgico considerado experimental nos termos da legislação e regulamentação vigentes, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória;

4.1.2. procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados exclusivamente com finalidade estética, bem como órteses e próteses destinadas exclusivamente à finalidade estética, quando não tenham por objetivo restaurar função comprometida por doença, trauma ou anomalia congênita;

4.1.3. inseminação artificial, ressalvadas hipóteses de cobertura obrigatória superveniente;

4.1.4. tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento realizados exclusivamente com finalidade estética, inclusive em spas ou estabelecimentos similares, ressalvadas coberturas obrigatórias;

4.1.5. fornecimento de órteses, próteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico, ressalvadas hipóteses de cobertura obrigatória específica;

4.1.6. medicamentos, produtos ou tecnologias sem registro ou regularização perante a ANVISA, quando legalmente exigido, observadas as exceções legais e regulamentares;

4.1.7. medicamentos para tratamento domiciliar cuja cobertura não seja obrigatória por disposição legal, regulamentar ou contratual, preservadas as coberturas obrigatórias, inclusive antineoplásicos orais e medicamentos correlatos quando cabíveis;

4.1.8. serviços de assistência domiciliar que não integrem cobertura obrigatória ou contratual, ressalvada a internação domiciliar oferecida pela APAS/São João em substituição à internação hospitalar;

4.1.9. despesas de natureza pessoal ou extraordinária não relacionadas à assistência à saúde, como telefonia, televisão, alimentação não vinculada ao tratamento e outras comodidades pessoais;

4.1.10. serviços de enfermagem particular contratados diretamente pelo beneficiário, quando não integrantes da cobertura assistencial obrigatória ou do tratamento autorizado;

4.1.11. hospedagem do beneficiário ou acompanhante em hotel, pensão ou estabelecimento similar fora das hipóteses de cobertura obrigatória;

4.1.12. avaliações, atividades ou serviços de natureza exclusivamente pedagógica, educacional, vocacional ou social que não constituam procedimentos assistenciais de cobertura obrigatória;

4.1.13. vacinas que não integrem cobertura obrigatória estabelecida pela legislação, pelo Rol da ANS ou por previsão contratual específica;

4.1.14. tratamentos ou procedimentos ilícitos ou considerados antiéticos pelo órgão profissional competente;

4.1.15. procedimentos, tratamentos ou atendimentos realizados fora do território nacional, ressalvada previsão contratual ou regulamentar específica;

4.1.16. tratamentos e procedimentos não incorporados ao Rol da ANS que, após análise do caso concreto, não preencham cumulativamente os requisitos legais e técnicos exigíveis para cobertura extra-Rol, especialmente aqueles decorrentes do art. 10 da Lei nº 9.656/1998 e da interpretação firmada pelo STF na ADI nº 7.265.

5 – DURAÇÃO E VIGÊNCIA

5.1. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, observado o período mínimo de permanência de 12 (doze) meses, contado do início da vigência da adesão do beneficiário, ressalvadas as hipóteses de desligamento previstas neste Regulamento, no Estatuto Social da APAS/São João e na regulamentação vigente.

5.2. Transcorrido o período mínimo de permanência, a vinculação ao Plano permanecerá por prazo indeterminado, independentemente de nova formalização e sem cobrança de taxa ou encargo exclusivamente pela renovação.

5.3. O início da vigência observará a data definida no Termo de Adesão e as regras aplicáveis às operadoras de autogestão, não podendo sua fixação resultar em ampliação indevida dos períodos de carência.

6 – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Poderão ser exigidos os períodos de carência abaixo, respeitados os limites máximos do art. 12, V, da Lei nº 9.656/1998 e da regulamentação vigente:

Cobertura	Carência
Urgência e emergência	24 horas
Consultas médicas	30 dias
Exames de patologia clínica	60 dias
Tratamento fisioterápico e terapias ambulatoriais abrangidas	60 dias
Microcirurgias, atendimentos ambulatoriais e exames diagnósticos	90 dias
Exames especiais e procedimentos de alta complexidade	180 dias
Quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise	180 dias
Tratamento oncológico	180 dias
Tratamento psiquiátrico	180 dias
Internação clínica	180 dias
Internação cirúrgica	180 dias
Internação psiquiátrica	180 dias
Parto a termo	300 dias

6.1.1. Para fins da carência de 300 (trezentos) dias, considera-se parto a termo o parto não prematuro decorrente da evolução regular da gestação, excluídos os partos prematuros e aqueles decorrentes de complicações no processo gestacional. A urgência obstétrica decorrente de complicação no processo gestacional observará o regime próprio de urgência previsto na legislação e neste Regulamento.

6.2. Os períodos de carência serão contados individualmente para cada beneficiário a partir da data de início de sua vigência no Plano, ressalvadas as hipóteses legais e regulamentares de isenção, aproveitamento ou dispensa.

6.3. Não será exigido cumprimento de carência nas hipóteses em que a legislação ou regulamentação da ANS estabeleça sua dispensa, inclusive nas condições próprias dos planos coletivos por adesão.

6.4. Será assegurada ao recém-nascido e ao filho adotivo a isenção ou o aproveitamento dos períodos de carência nas hipóteses e prazos previstos em lei, na regulamentação da ANS e neste Regulamento, especialmente quando a inclusão for requerida no prazo de até 30 (trinta) dias contado do nascimento ou da constituição do vínculo de adoção.

6.4.1. A inclusão de cônjuge ou companheiro no prazo previsto no item 2.6.1 observará o aproveitamento das carências já cumpridas e as demais condições aplicáveis à hipótese.

6.5. A alteração voluntária entre produtos da APAS/São João observará o aproveitamento integral dos períodos de carência já cumpridos para as coberturas idênticas. Quando a alteração representar melhoria do padrão de acomodação e não for aplicável hipótese de portabilidade de carências, poderá ser exigido novo período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias exclusivamente para o padrão superior de acomodação, observadas a Súmula Normativa ANS nº 21/2011, a RN ANS nº 438/2018 e as normas que vierem a sucedê-las, mediante prévia e expressa ciência do beneficiário em Termo Aditivo de Alteração de Produto.

7 – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Considera-se Doença ou Lesão Preexistente – DLP aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao Plano, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e da RN ANS nº 558/2022, ou norma que a suceder.

7.2. Quando exigível, o beneficiário deverá preencher Declaração de Saúde no momento da adesão, informando as doenças ou lesões de que saiba ser portador ou sofredor, acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário.

7.3. O beneficiário poderá solicitar orientação para o preenchimento da Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada com médico da rede indicada pela APAS/São João, sem ônus adicional. Caso opte por profissional de sua livre escolha, os respectivos custos serão de sua responsabilidade.

7.4. Realizado exame, perícia ou avaliação do beneficiário pela APAS/São João com finalidade de admissão, não poderá ser posteriormente alegada omissão de informação relativa a DLP identificável na respectiva avaliação, nos termos da regulamentação vigente.

7.5. Identificada DLP declarada pelo beneficiário, poderá ser aplicada Cobertura Parcial Temporária – CPT, pelo período máximo de 24 (vinte e quatro) meses contados da adesão, exclusivamente quanto a Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos diretamente relacionados à DLP declarada.

7.6. Decorrido o prazo máximo da CPT, cessará integralmente a restrição decorrente da DLP, passando o beneficiário a ter direito à cobertura contratada, observada a segmentação assistencial.

7.7. A APAS/São João poderá oferecer cobertura total ou agravo, quando técnica, atuarial e operacionalmente implementados para o produto e em conformidade com a regulamentação vigente.

7.8. Havendo indícios de que o beneficiário possuía conhecimento prévio de DLP e deixou de informá-la na Declaração de Saúde, a APAS/São João observará o procedimento previsto na regulamentação da ANS para apuração da eventual omissão.

7.9. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de omissão ou não aceite a solução proposta, a Operadora poderá requerer à ANS a instauração de processo administrativo, competindo-lhe comprovar o conhecimento prévio da DLP pelo beneficiário.

7.10. Enquanto não houver decisão administrativa definitiva da ANS reconhecendo a omissão, não poderá ser negada cobertura assistencial nem suspensa ou encerrada a vinculação do beneficiário ao Plano com fundamento exclusivamente na alegação de omissão.

7.11. Reconhecida administrativamente a omissão consciente de informação relativa à DLP, poderão ser adotadas as medidas previstas na legislação, na regulamentação vigente e neste Regulamento.

8 – URGÊNCIA, EMERGÊNCIA, REMOÇÃO E REEMBOLSO

8.1. Considera-se atendimento de emergência aquele decorrente de situação que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada por declaração do médico assistente.

8.2. Considera-se atendimento de urgência aquele necessário em razão de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, cuja condição clínica exija assistência médica sem postergação, nos termos do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998.

8.3. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência, será assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, observadas a segmentação assistencial contratada, as carências eventualmente aplicáveis e as demais regras legais e regulamentares.

8.4. Cumpridos os períodos de carência aplicáveis à cobertura hospitalar, os atendimentos de urgência ou emergência que demandem internação terão cobertura nos limites da segmentação contratada, desde o atendimento inicial até a alta hospitalar.

8.5. Quando o atendimento de urgência ou emergência ocorrer durante o período de carência aplicável à internação hospitalar, a cobertura observará os limites estabelecidos pela legislação e regulamentação vigentes, inclusive quanto à cobertura ambulatorial inicial e à eventual necessidade de remoção.

8.6. Os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais serão cobertos após o cumprimento da carência máxima de 24 (vinte e quatro) horas, observada a segmentação assistencial contratada.

8.7. Os atendimentos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional terão cobertura após o cumprimento da carência de 24 (vinte e quatro) horas, observadas as regras aplicáveis à segmentação hospitalar com obstetrícia e ao parto a termo.

8.8. Na hipótese de urgência ou emergência relacionada à DLP submetida à CPT, serão observados os limites assistenciais legalmente aplicáveis aos PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos diretamente relacionados à DLP durante a vigência da CPT.

8.9. Quando necessária à continuidade do atendimento coberto, a remoção inter-hospitalar será assegurada nos casos e condições previstos na legislação, na regulamentação da ANS e neste Regulamento, mediante indicação do profissional assistente e utilização de meio compatível com o estado clínico do paciente.

8.10. Quando a remoção clinicamente indicada não puder ser realizada em razão de risco à vida ou à integridade do paciente, serão observadas as responsabilidades assistenciais previstas na legislação e regulamentação vigentes até que seja possível a transferência segura.

8.11. Caso a APAS/São João disponibilize estabelecimento apto e adequado e o beneficiário ou seu responsável opte, por conveniência pessoal, por transferência para estabelecimento diverso, as despesas adicionais decorrentes da escolha poderão ser de responsabilidade do beneficiário, mediante prévia informação e formalização da opção, ressalvadas as hipóteses de cobertura obrigatória.

8.12. Aos beneficiários titulares integrantes do serviço ativo dos órgãos de segurança pública previstos no Estatuto Social, quando vítimas de acidente no exercício de suas funções, poderá ser disponibilizada, mediante indicação clínica e autorização da Operadora, remoção para estabelecimento de referência destinado ao atendimento da categoria.

8.13. Quando a APAS/São João deixar de garantir atendimento devido nos prazos e condições regulamentares e, em razão disso, o beneficiário tiver de custear diretamente o atendimento, será assegurado o reembolso integral das despesas comprovadamente suportadas, inclusive de transporte quando juridicamente aplicável, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da apresentação da solicitação regularmente instruída com a documentação necessária ao reembolso.

8.14. Nas hipóteses em que houver reembolso contratual distinto daquele decorrente de falha da garantia de atendimento, serão observados os limites, critérios e valores definidos para o produto, sem prejuízo das hipóteses de reembolso integral previstas pela regulamentação.

8.15. O pedido de reembolso deverá ser acompanhado dos documentos necessários à comprovação do atendimento e das despesas efetivamente suportadas, admitidos documentos físicos ou eletrônicos válidos.

8.16. RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – Os atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS a beneficiários vinculados ao Plano estarão sujeitos ao procedimento de ressarcimento previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998 e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

8.17. Recebido Aviso de Beneficiário Identificado – ABI ou outra comunicação da ANS relacionada a atendimento realizado no SUS, a APAS/São João procederá à análise administrativa do caso, podendo solicitar ao beneficiário informações e documentos necessários à apuração das circunstâncias do atendimento.

8.18. Quando o atendimento identificado decorrer de obrigação assistencial de responsabilidade da APAS/São João, o ressarcimento ao SUS será suportado pela Operadora, nos termos da legislação e regulamentação aplicáveis.

8.19. Caso se verifique, mediante procedimento administrativo devidamente documentado, que o atendimento realizado no SUS decorreu de conduta imputável ao beneficiário, inclusive utilização deliberada do sistema público por livre opção quando havia atendimento adequado e tempestivamente disponibilizado pela rede assistencial, fraude, omissão relevante ou uso indevido do Plano, a APAS/São João poderá apurar e cobrar os prejuízos efetivamente suportados, observados o Estatuto Social, este Regulamento, o contraditório e a legislação aplicável.

8.20. A mera emissão de ABI pela ANS não implicará, por si só, reconhecimento automático de dívida do beneficiário perante a APAS/São João.

9 – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1. O Plano Bronze B não assegura livre escolha irrestrita de prestadores médico-hospitalares. A assistência será prestada por meio da rede disponibilizada pela APAS/São João, ressalvadas as hipóteses de atendimento fora da rede em razão de garantia de acesso, urgência, emergência, inexistência ou indisponibilidade de prestador, reembolso regulamentar ou outra hipótese legalmente prevista.

10 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. A APAS/São João disponibilizará rede própria, contratada, credenciada ou referenciada compatível com a segmentação, área de abrangência e características assistenciais do Plano, mantendo atualizadas as informações sobre os prestadores em seus canais de atendimento e portal eletrônico.

10.2. Na inexistência ou indisponibilidade de prestador apto no município integrante da área de atuação do produto, a APAS/São João garantirá o atendimento nas condições e localidades sucessivamente previstas na regulamentação vigente, inclusive mediante indicação de prestador em município diverso ou custeio do atendimento, quando aplicável.

10.3. A APAS/São João poderá direcionar a realização de procedimentos para prestador integrante de sua rede apto à execução do atendimento, inclusive procedimentos de alta complexidade, observados a indicação clínica e os prazos máximos de garantia de atendimento.

10.4. A APAS/São João poderá utilizar redes disponibilizadas por entidades congêneres ou parceiros conveniados para cumprimento das coberturas assistenciais, observadas as condições pactuadas e a regulamentação vigente.

10.5. A substituição, exclusão ou redimensionamento de prestadores da rede assistencial observará integralmente os requisitos legais e regulamentares vigentes, inclusive quanto à equivalência assistencial, autorização ou comunicação à ANS e informação prévia aos beneficiários quando exigíveis.

10.6. Se a substituição ou exclusão de estabelecimento hospitalar ocorrer durante internação, será assegurada a continuidade da assistência nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

10.7. O beneficiário será identificado mediante cartão físico ou digital, aplicativo, documento eletrônico ou outro meio reconhecido pela APAS/São João, podendo ser exigido documento oficial de identificação quando necessário.

10.8. A APAS/São João poderá estabelecer autorização prévia para procedimentos e serviços assistenciais quando compatível com a regulamentação vigente, sem que esse mecanismo possa impedir ou dificultar indevidamente o acesso às coberturas contratadas.

10.8.1. Toda solicitação apresentada pelo beneficiário ou seu representante receberá protocolo ou identificador quando exigível, e sua análise observará os prazos máximos de resposta e garantia de atendimento estabelecidos pela ANS.

10.8.2. Não será exigida autorização prévia que inviabilize atendimento de urgência ou emergência.

10.9. Nos procedimentos eletivos sujeitos à autorização prévia, inclusive quando realizados por intercâmbio ou convênio assistencial, a solicitação de guia deverá ser apresentada à APAS/São João, sempre que a programação assistencial permitir, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias para processamento da autorização, sem prejuízo dos prazos máximos de resposta e de garantia de atendimento estabelecidos pelas RN ANS nº 623/2024 e nº 566/2022, ou normas que as sucederem. A antecedência não se aplica aos atendimentos de urgência e emergência.

10.10. JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA – Havendo divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e o profissional da APAS/São João quanto à adequação de procedimento sujeito à cobertura, poderá ser instaurada junta médica ou odontológica nos termos da RN ANS nº 424/2017, ou norma que a suceder, com observância das hipóteses, vedações, prazos, notificações e responsabilidades nela previstas.

10.10.1. Não será instaurada junta médica ou odontológica nas hipóteses em que sua utilização seja vedada pela regulamentação da ANS, especialmente em urgência e emergência.

10-A – COPARTICIPAÇÃO

10.11. COPARTICIPAÇÃO – O Plano adota mecanismo financeiro de coparticipação, mediante participação do associado titular nas despesas decorrentes da utilização dos serviços assistenciais, nos percentuais abaixo, preservados nesta minuta sem alteração:

Evento assistencial	Percentual preservado
Consultas médicas presenciais	30%
Telemedicina	30%
Exames complementares Laboratoriais – SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia), cintilografia, colonoscopia, endoscopia, tomografia, ressonância magnética, quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise nos procedimentos ambulatoriais e micro-cirurgias realizadas em consultórios ou clínicas médicas, fisioterapias e terapias, medicamentosos em geral e os domiciliares oncológicos conforme prescrição médica, decorrentes da assistência patrocinada aos beneficiários do Plano, devida para à Operadora	20%
Atendimentos em pronto-socorro – consultas, exames e procedimentos	20%
Tratamentos dos transtornos psiquiátricos nas hipóteses regulamentarmente admitidas após o período de custeio integral	50%

Nos casos de extrema necessidade de atendimento domiciliar (home care), prescrito pelo medico assistente, a pacientes acamados.	50%

10.12. A aplicação dos percentuais de coparticipação observará as características registradas do produto e a regulamentação vigente, vedada sua incidência em hipótese incompatível com norma cogente da ANS.

10.13. Nas internações psiquiátricas, o custeio será integral pela APAS/São João durante os primeiros 30 (trinta) dias, contínuos ou não, em cada ano de vinculação ao Plano. Ultrapassado esse período, poderá ser aplicada coparticipação de 50% (cinquenta por cento), observadas as características registradas do produto e a regulamentação vigente da ANS.

10.13.1. Os atendimentos decorrentes de transtornos relacionados ao uso de álcool ou outras substâncias psicoativas observarão a mesma disciplina regulatória aplicável às internações psiquiátricas e às coberturas obrigatórias em saúde mental.

11 – FORMAÇÃO DO PREÇO, MENSALIDADE E INADIMPLÊNCIA

11.1. O Plano adota formação de preço pré-estabelecida, sendo a contraprestação pecuniária mensal fixada por beneficiário de acordo com sua faixa etária, com fundamento em critérios técnico-atuariais e nas características registradas do produto perante a ANS.

11.2. A mensalidade devida pelo associado titular corresponderá à soma das contraprestações relativas a todos os beneficiários vinculados ao seu Plano, observadas as respectivas faixas etárias e os valores constantes do ANEXO II – TABELA DE VALORES, cuja data de início de vigência deverá estar expressamente indicada no próprio Anexo.

11.3. Os valores das mensalidades por faixa etária constarão do ANEXO II – TABELA DE VALORES. A cada atualização ou reajuste, o Anexo aplicável deverá identificar expressamente a respectiva data de início de vigência.

11.4. As mensalidades serão cobradas pelos meios disponibilizados pela APAS/São João, incluindo débito em conta, boleto bancário, transferência eletrônica, PIX ou outro meio admitido, observada a data de vencimento definida para o Plano.

11.4.1. A ausência de processamento de débito automático ou de disponibilização regular do meio de cobrança por fato imputável à Operadora não caracterizará inadimplência para fins de exclusão do beneficiário.

11.5. O atraso no pagamento sujeitará o responsável ao pagamento de multa moratória de 2% (dois por cento), juros de mora de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia e atualização monetária, observada a legislação vigente.

11.6. A inadimplência poderá ensejar a exclusão do beneficiário do Plano somente quando observados cumulativamente os requisitos previstos na legislação, na RN ANS nº 593/2023 e suas alterações, no Estatuto Social e neste Regulamento.

11.6.1. A exclusão por inadimplência dependerá da existência de, no mínimo, duas mensalidades não pagas, consecutivas ou não, e de prévia notificação ao responsável pelo pagamento, a ser realizada até o 50º (quinquagésimo) dia do não pagamento, observadas as formas, conteúdos e requisitos de comprovação previstos na RN ANS nº 593/2023, alterada pela RN ANS nº 617/2024, e normas que as sucederem. A notificação recebida após o 50º dia poderá ser considerada válida quando assegurado o prazo mínimo regulamentar para regularização.

11.6.2. Após a ciência da notificação será assegurado o prazo mínimo regulamentar para quitação do débito antes da efetivação de qualquer exclusão fundada em inadimplência.

11.6.3. Durante internação de beneficiário com cobertura hospitalar serão observadas as restrições regulamentares à exclusão por inadimplência.

11.6.4. A suspensão por inadimplência, quando adotada pela APAS/São João e prevista nas informações contratuais cadastradas perante a ANS, observará integralmente os requisitos materiais e procedimentais da RN ANS nº 593/2023, alterada pela RN ANS nº 617/2024, inclusive quanto à prévia notificação, prazo para regularização, comprovação de ciência e demais salvaguardas regulamentares.

11.7. Os critérios de formação da contraprestação pecuniária serão aplicados de forma uniforme aos beneficiários vinculados ao mesmo produto e à mesma faixa etária, ressalvadas as hipóteses de diferenciação expressamente admitidas pela legislação e regulamentação vigentes.

12 – REAJUSTE

12.1. As contraprestações pecuniárias poderão ser reajustadas anualmente, respeitado o intervalo mínimo de 12 (doze) meses entre reajustes dessa natureza, observados a metodologia aplicável ao produto, os critérios técnico-atuariais e a regulamentação vigente da ANS.

12.2. O mês de setembro será considerado mês de referência para aplicação do reajuste anual do Plano, enquanto mantida essa característica no cadastro e nos instrumentos vigentes do produto.

12.3. O percentual de reajuste anual será definido com fundamento em critérios técnico-atuariais, assistenciais, financeiros e regulamentares aplicáveis ao Plano, podendo ser submetido à deliberação dos órgãos competentes da APAS/São João na forma de seu Estatuto Social.

12.4. Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS na forma, prazo e procedimentos estabelecidos pela regulamentação vigente.

12.5. O reajuste anual será aplicado aos beneficiários vinculados ao Plano na respectiva data-base, independentemente da data individual de ingresso, observadas as regras regulamentares aplicáveis ao produto.

12.6. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste anual diferenciados entre beneficiários submetidos às mesmas condições do produto, ressalvadas hipóteses legalmente admitidas.

13 – FAIXAS ETÁRIAS

13.1. Para efeito deste Plano são consideradas as seguintes faixas etárias e percentuais de variação, preservados nesta minuta:

Faixa etária	Variação por mudança de faixa
00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	19,59%
24 a 28 anos	19,44%
29 a 33 anos	21,73%
34 a 38 anos	9,40%
39 a 43 anos	15,95%
44 a 48 anos	13,00%
49 a 53 anos	28,00%
54 a 58 anos	47,81%
59 anos ou mais	18,49%

13.2. O valor da última faixa etária não será superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa.

13.3. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não será superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa, observada a regulamentação vigente.

13.4. A variação decorrente da mudança de faixa etária será aplicada no mês subsequente àquele em que o beneficiário completar a idade correspondente à nova faixa, observadas as regras regulamentares.

13.5. Após o ingresso na última faixa etária, correspondente a 59 (cinquenta e nove) anos ou mais, não haverá nova variação de mensalidade por mudança de faixa etária, permanecendo aplicáveis os reajustes anuais e demais hipóteses legalmente admitidas.

14 – BÔNUS OU DESCONTOS

14.1. O Plano Bronze B não contempla sistema permanente de bônus ou descontos na contraprestação pecuniária, ressalvadas eventuais hipóteses instituídas pela APAS/São João em conformidade com a legislação, a regulamentação da ANS e as características registradas do produto.

15 – REGRAS APLICÁVEIS AO PLANO COLETIVO POR ADESÃO

15.1. O Plano Bronze B é estruturado sob a modalidade de contratação coletiva por adesão e operado pela APAS/São João na modalidade de autogestão, submetendo-se à Lei nº 9.656/1998, às normas da ANS aplicáveis aos planos coletivos por adesão e às regras específicas das entidades de autogestão, bem como ao Estatuto Social da APAS/São João.

16 – PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. A permanência no Plano está condicionada à manutenção dos requisitos estatutários, regulamentares e contratuais que fundamentaram o ingresso do beneficiário.

16.2. A qualidade de beneficiário poderá cessar por solicitação do titular; solicitação de exclusão de dependente pelo titular; perda da condição estatutária que legitimou o ingresso; perda da condição de dependência ou elegibilidade; inadimplência nos termos deste Regulamento; fraude devidamente apurada; falecimento; ou demais hipóteses previstas no Estatuto Social e na regulamentação vigente.

16.3. O beneficiário titular poderá solicitar sua exclusão e, quando cabível, a de seus dependentes pelos canais disponibilizados pela APAS/São João, devendo a solicitação ser processada na forma e prazos regulamentares.

16.4. A exclusão de beneficiário dependente poderá ocorrer por solicitação do titular, perda da condição de dependência ou de elegibilidade ou nas demais hipóteses previstas neste Regulamento e na regulamentação vigente.

16.5. A perda da condição associativa ou da qualidade estatutária que fundamentou o ingresso do titular poderá acarretar a perda da qualidade de beneficiário, observados o Estatuto Social, a regulamentação da ANS e eventual direito de permanência aplicável.

16.6. A fraude devidamente caracterizada poderá ensejar a perda da qualidade de beneficiário, após observância do procedimento aplicável e assegurado o contraditório quando exigível.

16.7. A inadimplência somente poderá produzir a perda da qualidade de beneficiário quando preenchidos os requisitos materiais, procedimentais e de notificação estabelecidos no Item 11 e na regulamentação vigente.

16.8. A exclusão ou suspensão do beneficiário observará a competência dos órgãos da APAS/São João prevista no Estatuto Social e as hipóteses em que a regulamentação admita atuação direta da Operadora.

16.9. Na hipótese de falecimento do beneficiário titular, os pensionistas e demais beneficiários cuja elegibilidade seja reconhecida pelo Estatuto Social e pela regulamentação vigente poderão requerer a continuidade da vinculação à assistência oferecida pela APAS/São João no prazo de até 30 (trinta) dias contado do falecimento, observadas as condições estatutárias, cadastrais e financeiras aplicáveis, com preservação das carências já cumpridas quando juridicamente cabível.

17 – ENCERRAMENTO DA VINCULAÇÃO AO PLANO

17.1. Por se tratar de plano operado na modalidade de autogestão, o encerramento da participação individual será tratado como perda da qualidade de beneficiário, observadas as hipóteses previstas neste Regulamento, no Estatuto Social e na regulamentação vigente.

17.2. O encerramento da vinculação observará as garantias de continuidade assistencial previstas na legislação e regulamentação da ANS, especialmente quanto aos beneficiários internados e aos procedimentos previamente autorizados.

17.3. Os valores regularmente devidos pelo beneficiário à APAS/São João poderão ser objeto de cobrança pelos meios legalmente admitidos, desde que devidamente constituídos, individualizados e comprovados.

17.4. O Plano Bronze B não contempla coberturas adicionais além daquelas previstas neste Regulamento, ressalvados programas assistenciais eventualmente oferecidos pela APAS/São João que não alterem as características registradas do produto.

18 – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. Integram o presente Regulamento, quando aplicáveis: I – Termo de Adesão; II – Tabela de Mensalidades e Variações por Faixa Etária; III – Declaração de Saúde e Carta de Orientação ao Beneficiário; IV – Guia de Leitura Contratual – GLC; V – Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS; VI – demais documentos exigidos pela ANS ou necessários à formalização da adesão; VII – Declaração de Ciência, Recebimento Eletrônico e Compromisso Associativo – Anexo IV; e VIII – Termo Aditivo de Alteração de Produto – Anexo V, quando aplicável.

18.1.1. O Estatuto Social vigente e este Regulamento permanecerão disponíveis para consulta no sítio eletrônico institucional da APAS/São João (https://apassaojoao.com.br/) e serão disponibilizados ou encaminhados eletronicamente ao associado no momento da adesão, mediante formalização da Declaração de Ciência, Recebimento Eletrônico e Compromisso Associativo – Anexo IV.

18.2. Para fins deste Regulamento, adotam-se as seguintes definições:

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

APAS/São João – Associação Policial de Assistência à Saúde de São João da Boa Vista.

Operadora – APAS/São João, na qualidade de operadora de plano privado de assistência à saúde registrada perante a ANS.

Beneficiário Titular – associado elegível que tenha formalizado adesão ao Plano.

Beneficiário Dependente – pessoa vinculada ao titular cuja inclusão seja admitida pelo Estatuto Social, por este Regulamento e pela regulamentação vigente.

DLP – Doença ou Lesão Preexistente de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.

CPT – Cobertura Parcial Temporária, pelo prazo máximo legal, exclusivamente para PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à DLP declarada.

Rede Assistencial – conjunto de prestadores próprios, contratados, credenciados, referenciados ou disponibilizados por cooperação assistencial utilizados pela APAS/São João.

NTRP – Nota Técnica de Registro de Produto.

TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

18.3. As comunicações entre a APAS/São João e os beneficiários poderão ser realizadas por meios físicos ou eletrônicos, inclusive correspondência, correio eletrônico, SMS, aplicativo de mensagens, aplicativo próprio ou portal eletrônico, observadas as exigências específicas de forma, ciência e comprovação previstas na regulamentação vigente.

18.4. O beneficiário titular deverá manter atualizados seus dados cadastrais e os de seus dependentes, especialmente endereço, telefone, correio eletrônico e demais meios de contato.

18.5. A APAS/São João disponibilizará canais de atendimento compatíveis com a RN ANS nº 623/2024, ou norma que a suceder, para apresentação de solicitações assistenciais e não assistenciais, fornecimento de informações, registro de reclamações, acompanhamento de protocolos e requerimento de reanálise de decisões.

18.5.1. As respostas serão prestadas de forma clara, objetiva e fundamentada, observados os prazos regulamentares. As negativas de cobertura observarão os requisitos de motivação, informação e reanálise previstos na regulamentação vigente.

18.6. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – A APAS/São João realizará o tratamento dos dados pessoais dos beneficiários, inclusive dados pessoais sensíveis relativos à saúde, para finalidades legítimas relacionadas à operação do Plano, prestação da assistência, cumprimento de obrigações legais e regulatórias, prevenção a fraudes e gestão assistencial e administrativa, observada a Lei nº 13.709/2018 – LGPD.

18.6.1. O tratamento e eventual compartilhamento de dados observarão os princípios, direitos, bases legais, deveres de segurança e demais disposições da LGPD, sendo os dados compartilhados com prestadores, parceiros assistenciais, autoridades e demais destinatários apenas quando necessário às finalidades legítimas ou ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória.

18.7. As alterações deste Regulamento observarão a legislação e regulamentação vigentes, as competências previstas no Estatuto Social e, quando exigível, os procedimentos de registro, comunicação ou autorização perante a ANS.

18.8. As disposições deste Regulamento serão interpretadas em conformidade com a legislação e a regulamentação da saúde suplementar vigentes, aplicando-se as normas supervenientes de caráter cogente a partir de sua respectiva vigência.

19 – ELEIÇÃO DE FORO

19.1. Para dirimir controvérsias relacionadas ao presente Regulamento, fica indicado o Foro da Comarca de São João da Boa Vista/SP, sem prejuízo da competência territorial estabelecida pela legislação processual aplicável e da possibilidade de ajuizamento perante o foro legalmente competente.

São João da Boa Vista/SP, ____ de _____ de 2026.

Documento assinado digitalmente
gov.br CELSO AUGUSTO LUCIO
Data: 14/10/2026 08:57:58-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Documento assinado digitalmente
gov.br ADEMAR VALENTIM DA SILVA
Data: 13/10/2026 16:38:09-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Diretor Presidente – APAS/São João

Responsável Jurídico

Testemunhas