



REGULAMENTO PLANO IV (PLANO 11) - AGREGADOS

Aprovado em A.G.O de 06 de Fevereiro de 2020

1ª Alteração Aprovada em A.G.O de 22 de Fevereiro de 2022

2ª Alteração Aprovada em A.G.O de 20 de Fevereiro de 2024

**REGISTRO NA ANS Nº
455826070**

**ÍNDICE DO REGULAMENTO DA APAS
PLANO IV – AGREGADOS**

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	3
2. DO ASSOCIADO AGREGADO E DA CORRESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO ASSOCIADO TITULAR OU DO PENSIONISTA	3
3. OBJETO DO REGULAMENTO.....	3
4. NATUREZA DO REGULAMENTO	3
5. NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	4
6. TIPO DE PLANO DE SAÚDE.....	4
7. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	4
8. DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	4
9. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	4
10. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	4
11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
12. EXCLUSÕES DE COBERTURA	10
13. VIGÊNCIA	11
14. PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	11
15. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES.....	12
16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	13
17. REMOÇÃO.....	14
18. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	14
19. MECANISMO DE REGULAÇÃO.....	14
20. FORMAÇÃO DO PREÇO.....	15
21. PAGAMENTO DA MENSALIDADE E DA COPARTICIPAÇÃO	15
22. REAJUSTE	15
23. FAIXAS ETÁRIAS.....	16
24. BÔNUS E DESCONTOS	16
25. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO - AUTOGESTÃO.....	16
26. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS	17
27. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	17
28. RESCISÃO/SUSPENSÃO.....	17
29. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS.....	18
30. DISPOSIÇÕES GERAIS	18
31. FORO	19

**REGULAMENTO DA PRESTAÇÃO CONTINUADA DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR DA ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE (APAS) - ARAÇATUBA AOS SEUS ASSOCIADOS AGREGADOS -
PLANO IV - REGISTRO NA ANS Nº 455826070**

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (APAS) de Araçatuba, inscrita no CNPJ sob o número 59.762.062/0001-83, sediada à Rua Rio de Janeiro, nº 120, Vila Mendonça, Araçatuba/SP, CEP 16015-150, registrada junto à ANS sob nº 41.421-2, operadora de plano de saúde coletivo por adesão, classificada como autogestão não patrocinada.

2. DO ASSOCIADO AGREGADO E DA CORRESPONSABILIDADE FINANCEIRA DO ASSOCIADO TITULAR OU DO PENSIONISTA

2.1 Para a inscrição e a adesão do **ASSOCIADO AGREGADO** e de seus **DEPENDENTES** como **BENEFICIÁRIOS do Plano IV - Registro na ANS nº 455826070**, é necessário o preenchimento da **Proposta de Adesão ao Plano de Saúde**, na qual será manifestada a concordância com os termos deste Regulamento.

2.2 Na Proposta de Adesão ao Plano de Saúde, cujo modelo-padrão está anexo a este **REGULAMENTO**, constará a qualificação completa do **ASSOCIADO AGREGADO** da APAS, bem como de eventuais dependentes, que será recebida pela Diretoria e os admitirá como **BENEFICIÁRIOS do Plano IV**, consoante critérios contidos neste **REGULAMENTO** e no Estatuto Social da APAS.

2.3. O BENEFICIÁRIO TITULAR ou o BENEFICIÁRIO PENSIONISTA, do Plano III, também deverá assinar a aludida Proposta de Adesão, juntamente com o **BENEFICIÁRIO AGREGADO**, possuindo **corresponsabilidade financeira em relação às obrigações deste**, previstas na cláusula 21 deste **REGULAMENTO**, por possuir o vínculo principal com a **APAS e com o Plano de Saúde**.

3. OBJETO DO REGULAMENTO

3.1 A APAS, na condição de Associação e qualificada como operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com os incisos I, II e parágrafo 1º, todos do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, prestará aos **BENEFICIÁRIOS**, sob o regime de mensalidade pré-estabelecida, prestação continuada de assistência médico-hospitalar, de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais contratados e serviços auxiliares de diagnóstico, serviços de terapia e de hospitais, nas internações simples ou em terapia intensiva, próprios ou credenciados, obrigando-se pelos serviços direcionados à prevenção das doenças, bem como à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, compreendida nos termos e condições ora estabelecidas.

4. NATUREZA DO REGULAMENTO

4.1 O presente Regulamento reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, assumindo o **BENEFICIÁRIO**, o risco de não vir a ocorrer a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **ASSOCIAÇÃO** em garanti-la.

4.2. Sujeita-se ainda este Regulamento às normas e à legislação específica que vier a sucedê-lo, ao Estatuto Social da APAS e às decisões soberanas da Assembleia Geral.

4.3. Por tratar-se a **APAS** de operadora de plano de saúde na modalidade de autogestão, o presente instrumento, sendo um Regulamento, traça as diretrizes do plano de assistência, com características de contrato de adesão.

4.4. O BENEFICIÁRIO está sujeito a este **REGULAMENTO**, às normas e à legislação específica que vier a sucedê-lo, ao Estatuto Social da APAS e às decisões soberanas da Assembleia Geral.

5. NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1 O BENEFICIÁRIO AGREGADO e seus DEPENDENTES LEGAIS serão inscritos no plano registrado perante a ANS sob o nº. **455826070**.

6. TIPO DE PLANO DE SAÚDE

6.1 O tipo de plano de saúde que a APAS opera é o **COLETIVO POR ADESÃO**, na modalidade de autogestão.

7. TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

7.1 O plano operado pela APAS, devidamente registrado, possui segmentação **AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

8. DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

8.1 Área geográfica de abrangência: grupo de municípios;

8.2 Área de atuação: Araçatuba, Penápolis, Avanhandava, Santópolis do Aguapeí, Luiziânia, Braúna, Glicério, Clementina, Barbosa, Alto Alegre, General Salgado, Auriflama, Nova Luzitânia, Gastão Vidigal, Guzolândia, São João de Iracema, Santo Antônio do Aracanguá, Birigui, Bilac, Buritama, Lourdes, Gabriel Monteiro, Piacatu, Coroados, Turiúba, Brejo Alegre, Guararapes, Bento de Abreu, Rubiácea e Valparaíso.

9. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

9.1 O padrão de acomodação em internação do presente plano é o **COLETIVO**.

10. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1 Podem ser **BENEFICIÁRIO AGREGADOS**:

10.1.1 os filhos e enteados do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou do **BENEFICIÁRIO PENSIONISTA (Plano III)**, a partir dos 18 anos de idade e que não se enquadrem nas disposições do artigo 6º, inciso I, alínea "b" do Estatuto Social da APAS;

10.1.2 os genros e noras do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou do **BENEFICIÁRIO PENSIONISTA (Plano III)**;

10.1.3 os netos do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou do **BENEFICIÁRIO PENSIONISTA (Plano III)** e seus respectivos cônjuges ou companheiras(os) que com eles(as) constituírem união estável, comprovada por meio de declaração registrada em cartório ou tabelião de notas, ou por outras formas admitidas pela legislação vigente;

10.1.4 os bisnetos do **BENEFICIÁRIO TITULAR** ou do **BENEFICIÁRIO PENSIONISTA (Plano III)**.

10.2 Podem ser **BENEFICIÁRIO DEPENDENTES** ao **BENEFICIÁRIO AGREGADO**, desde que devidamente inscritos de acordo com as disposições do Estatuto Social da APAS e constantes da Proposta de Adesão ao Plano, mantendo com ele os seguintes vínculos:

10.2.1 cônjuge, exceto na hipótese da cláusula 10.1.4 deste Regulamento;

10.2.2 os filhos e enteados menores de 18 anos de idade, bem como os incapazes, de acordo com o Código Civil;

10.2.3 a(o) companheira(o) que constituir união estável, comprovada por meio de declaração registrada em cartório ou tabelião de notas, ou por outras formas admitidas pela legislação vigente, exceto na hipótese da cláusula 10.1.4 deste Regulamento;

10.3 Os dependentes, consoante definição contida na cláusula 10.2 e de acordo como Estatuto Social da APAS, deverão estar nominados na "Proposta de Adesão ao Plano de Saúde", responsabilizando-se o **BENEFICIÁRIO AGREGADO** pela comprovação documental da relação de dependência dos inscritos, assegurando-se à APAS a faculdade de contestar tal comprovação, quando julgar necessário.

10.4 Os dependentes deverão ser inscritos na "Proposta de Adesão ao Plano de Saúde". Inscrições posteriores dependerão de prévia anuência da APAS, ficando os inscritos nesta condição submetidos aos períodos de carências prescritos na cláusula 15 deste **REGULAMENTO**.

10.5 Para fins de atendimento, a **APAS** expedirá carteira de identificação aos **BENEFICIÁRIOS**, contendo as informações necessárias para possibilitar o devido atendimento.

10.6 Outros serviços, diversos dos atendimentos objeto deste **REGULAMENTO**, poderão ser prestados, mediante autorização prévia da **APAS**, desde que atendidas pelo **BENEFICIÁRIO** as demais exigências estatutárias e regulamentares.

10.7 Os filhos do **BENEFICIÁRIO AGREGADO**, nascidos na vigência deste **REGULAMENTO**, serão automaticamente considerados **DEPENDENTES**, desde que sejam inscritos dentro do prazo de até 30 (trinta) dias após o nascimento, vigorando a partir desta data a obrigação de pagamento da respectiva mensalidade em relação ao novo **BENEFICIÁRIO**.

10.7.1 Os filhos adotivos poderão aproveitar os períodos de carência já cumpridos no **REGULAMENTO**, desde que sejam inscritos como **DEPENDENTES** no prazo de 30 (trinta) dias da data de adoção.

10.8 O **BENEFICIÁRIO** que perder a condição de dependente, na forma estatutária, será excluído do Plano de Saúde, obrigando-se o **BENEFICIÁRIO AGREGADO TITULAR** a recolher a sua carteira de identificação e devolvê-la imediatamente. No mesmo sentido, tendo em vista que as carteiras de identificação expedidas pela **APAS** são de propriedade exclusiva dela, obrigam-se todos os **BENEFICIÁRIOS** a devolvê-las no caso de perda da condição de associado.

10.8.1 A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva do **BENEFICIÁRIO AGREGADO** na totalidade dos valores auferidos, ficando acordado que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato serão considerados títulos extrajudiciais, passíveis de protesto e execução judicial.

11. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1 É assegurada a cobertura em rede credenciada para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

11.2 Os **BENEFICIÁRIOS** terão direito à cobertura de INTERNAÇÕES HOSPITALARES, inclusive OBSTÉTRICA, sem limites de prazos, valor máximo, quantidade, em hospitais e clínicas básicas e especializadas, para procedimentos clínicos ou cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, bem como acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano:

11.2.1 Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

11.2.2 Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação nas internações.

11.2.3. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução de doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

11.2.4 Cobertura de toda e qualquer taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica prevista na Cláusula 8.1 do presente **REGULAMENTO** e para outros estabelecimentos hospitalares previamente contratados pela **APAS**.

11.3 cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico assistente, nos seguintes casos:

11.3.1 crianças e adolescentes menores de 18 anos;

11.3.2 idosos a partir dos 60 anos de idade; e

11.3.3 pessoas com deficiência;

11.4 cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

11.5 cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

11.5.1 as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;

11.5.2 os medicamentos utilizados durante a internação;

11.5.3 o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto fornecimento de medicamentos de manutenção; e

11.5.4 as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

11.6 A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

11.6.1 Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

11.6.2 Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida pela ANS, e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

11.6.3 Radioterapia, incluindo todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editados pela ANS;

11.6.4 Hemoterapia;

11.6.5 Nutrição parenteral ou enteral;

11.6.6 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

11.6.7 Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos, vigente à época do evento;

11.6.8 Radiologia intervencionista;

11.6.9 Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

11.6.10 Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

11.7 Cobertura de próteses e órteses, nacionalizados e reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, exclusivamente ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos, vigente à época do evento;

11.8 Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.

11.9 Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.

11.10 Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e

demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

11.11 cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

11.11.1 o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

11.11.1.1 em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

11.11.1.2 os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura.

11.12 cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

11.12.1 que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

11.12.2 que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido, em vigor à época do evento, respeitando-se a segmentação contratada;

11.13 Consultas médicas em número ilimitado e procedimentos ambulatoriais em consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;

11.14 Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo (ou médico devidamente habilitado), de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

11.15 Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

11.16 atendimentos nos casos de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998, previstos no Anexo I da RN 192/2009 (ou em outro ato normativo posterior que regulamente o assunto).

11.16.1 A inseminação artificial, incluindo a estimulação, coleta e preservação de óvulos ou oócitos, e o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, não possuem cobertura obrigatória, de acordo com o disposto nos incisos III e VI do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, razão pela qual não estão incluídos na abrangência da cobertura de planejamento familiar.

11.17 A cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais:

11.17.1 Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

- 11.17.2** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- 11.17.3** Procedimentos de radioterapia ambulatorial, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;
- 11.17.4** Hemoterapia ambulatorial;
- 11.17.5** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos, vigente à época do evento;
- 11.17.6** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento.
- 11.18** Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando-se as regras contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente à época do evento, bem como as suas Diretrizes de Utilização - DUT;
- 11.19** Serviços complementares de diagnóstico e tratamento especializados: igualmente os beneficiários deste Regulamento terão direito aos serviços de apoios de diagnósticos, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio ou credenciado pela APAS, relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, e ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS.
- 11.20** Assistência ao parto e ao recém nascido: cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo ou 180 (cento e oitenta) dias para situações obstétricas de urgência, observadas as seguintes regras:
- 11.20.1** cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o: pré-parto; parto; e, pós- parto imediato, período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;
- 11.20.2** cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e
- 11.20.3** opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou a adoção.
- 11.21** Para fins de cobertura do parto normal listado em norma da ANS, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.
- 11.22** Tratamento de transtornos psiquiátricos: estão cobertos por este Regulamento os tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar) de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.
- 11.22.1** No regime ambulatorial estão cobertos:
- 11.22.1.1** Atendimentos às emergências, assim considerados as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 11.22.1.2** Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano, não cumulativas.
- 11.22.1.3** Tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, coberturas de serviços de apoio, diagnóstico, tratamento e demais procedimentos

ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela APAS.

11.22.2 Em regime hospitalar estão cobertas as internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que realizar-se-ão sempre em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais:

11.22.1 O custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de adesão a este Regulamento, não cumuláveis de ano para ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

11.22.2 O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação por ano de adesão a este Regulamento, não cumuláveis de ano para ano, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.

11.22.3 Somente após 180 (cento e oitenta) dias da adesão do **BENEFICIÁRIO** ao Plano de Saúde e ao presente **REGULAMENTO**, haverá direito à internação hospitalar decorrente de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.

11.22.4 Além da cobertura específica nas cláusulas anteriores, o **BENEFICIÁRIO** portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise, poderá dispor de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

11.22.2.4.1 Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, a cobertura é de 180 (cento e oitenta) dias por ano.

11.22.5 Caso, por indicação médica, a necessidade dos serviços em regime ambulatorial e/ou hospitalar, exceder os limites previstos no presente **REGULAMENTO**, esgotados tais prazos, a responsabilidade financeira pelos atendimentos passará a ser do **BENEFICIÁRIO TITULAR (AGREGADO)**, que fará os pagamentos diretamente à entidade ou profissional prestador dos serviços.

11.22.6 Caberá à APAS o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

11.23 EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: estão cobertos pelo presente **REGULAMENTO**, na área de abrangência geográfica constante na cláusula 8.1, os atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para casos de urgência e emergência, entendendo-se, nos termos da lei, por emergência/urgência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

11.23.1 Aos atendimentos a que se refere a Cláusula 11.23 estão consubstanciados na execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a resolução hospitalar necessárias.

11.23.2 Os casos de urgência e emergência ocorridos durante o período de carência, assim definido na cláusula 15, terão cobertura, somente em regime ambulatorial, durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

11.23.3 Para os casos previstos na cláusula 11.23.2 transcorridas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, a responsabilidade da **APAS** cessará, sendo certo que caso o atendimento evolua para a internação hospitalar, a responsabilidade financeira pela internação passará a ser do **BENEFICIÁRIO**.

11.23.4 Nos casos previstos na cláusula 11.23.3 quando não possa haver remoção por risco de vida, o **BENEFICIÁRIO** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se assim a **APAS** desse ônus.

11.23.5 Caberá à **APAS** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para a unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

11.23.6 Na remoção, a **APAS** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

11.24 Nas consultas de rotina: o **BENEFICIÁRIO** será atendido pelo médico contratado, no horário normal de consulta (horário comercial), competindo-lhe exercer a livre escolha entre os médicos ou órgãos contratados pela **APAS**, respeitadas as disponibilidades de horário do médico escolhido.

11.25 Acomodação: caso o **BENEFICIÁRIO** opte por acomodação hospitalar superior à prevista no plano contratado conforme cláusula 9.1, responsabilizar-se-á pelo valor da diferença de custos dos serviços médicos e hospitalares diretamente com os profissionais envolvidos e perante o hospital.

12. EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 Fica expressamente definido, no presente **REGULAMENTO**, os serviços não cobertos em face dos seguintes procedimentos:

12.1.1 tratamentos em clínicas de emagrecimentos, em clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

12.1.2 implantes e transplantes, à exceção dos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS;

12.1.3 consultas domiciliares;

12.1.4 tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

12.1.5 procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, cirurgia de varizes com a finalidade estética e escleroterapia de veias;

12.1.6 reprodução assistida, incluindo a inseminação artificial, fertilização *in vitro* e outras formas;

12.1.7 tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

12.1.8 fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro na ANVISA;

12.1.9 fornecimento de medicamentos para tratamentos domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas "c" do inc. I e "g" do inc. II do artigo 12 da Lei nº 9.656/1998;

12.1.10 fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;

12.1.11 tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

12.1.12 casos de cataclismo, guerra e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

12.1.13 enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

12.1.14 procedimentos não constantes no rol editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

12.1.15 exames admissionais, demissionais e periódicos, de retorno ao trabalho e de mudança de função;

12.1.16 procedimentos clínicos, cirúrgico ou laboratoriais de patologias não relacionadas no código internacional de doenças;

12.1.17 procedimentos odontológicos, exceto procedimento buco-maxilo;

12.1.18 atendimento domiciliares, fisioterapia domiciliar, vacinas, exames para piscinas, ginástica e para concursos, necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

12.1.19 cirurgias plásticas, exceto as indicadas nas cláusulas 11.8 e 11.9 deste Regulamento;

12.1.20 tratamento com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, com laudo médico de ortopedista e ginecologista;

12.1.21 medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações e atendimentos de urgência e emergência em prontos-socorros;

12.1.22 estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

12.1.23 procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência, conforme Cláusula 8.1 deste regulamento;

12.1.24 a cobertura para os casos de transtornos psiquiátricos elencados nos itens da cláusula 11.22 limita-se ao previsto na Lei nº 9.656/98 e atos normativos vigentes;

12.1.25 investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

12.1.26 cirurgia para mudança de sexo;

12.1.27 avaliação pedagógica e orientações vocacionais;

12.1.28 atendimento domiciliar (*home care*);

12.1.28.1 será fornecido, em caráter excepcional, o atendimento domiciliar (*home care*), por força de determinação judicial ou por extraordinária e exclusiva decisão da APAS, após análise de sua indicação pelo médico assistente e com cobrança de coparticipação, conforme Cláusula 19.1.3. deste regulamento.(Alteração aprovada em A.G.O de 20/02/2024).

13. VIGÊNCIA

13.1 Este **REGULAMENTO**, devidamente aprovado pela Assembleia Geral da APAS, tem vigência imediata e por prazo indeterminado, aplicando-se aos **BENEFICIÁRIOS** a partir da data do recebimento, pela Diretoria, da Proposta de Adesão ao Plano de Saúde.

13.2 Este **REGULAMENTO** poderá ser alterado por decisão soberana da Assembleia Geral da APAS, de acordo com as suas disposições estatutárias.

14. PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1 Para ter direito aos serviços objetos deste **REGULAMENTO**, os **BENEFICIÁRIOS** deverão cumprir os períodos de carências especificados abaixo, os quais são contados ininterruptamente a partir da data do recebimento, pela Diretoria, da Proposta de Adesão ao Plano de Saúde.

14.2 Os períodos de carência que deverão ser cumpridos pelos **BENEFICIÁRIOS** são os seguintes:

14.2.1 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência e emergência, em acidentes pessoais, desde que, possam implicar em risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, devidamente comprovados em declaração do médico assistente;

14.2.2 30 (trinta) dias para cobertura de consultas em consultórios médicos, clínicas médicas e centros médicos;(Alteração aprovada em A.G.O de 22/02/2022).

14.2.3 90 (noventa) dias para exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.

14.2.4 180 (cento e oitenta) dias para cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), conforme rol estipulado pela ANS.

14.2.5 180 (cento e oitenta) dias, para internações clínicas, cirúrgicas, incluindo internações em unidades de terapia intensiva-UTI, para internações decorrentes de

transtornos psiquiátricos e por uso de substâncias químicas, internações para serviços de apoio e diagnósticos, transplantes de rins, córnea, medula óssea e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, hemodiálises, tanto ambulatorial quanto sob internação.

14.2.6 180 (cento e oitenta) dias para cobertura de consultas em consultórios e clínicas de fonoaudiologia, psicologia, nutricionista, terapia ocupacional e fisioterapia.(Inclusão aprovada em A.G.O de 22/02/2022).

14.2.7 300 (trezentos) dias, para cobertura de parto a termo.(Alteração aprovada em A.G.O de 22/02/2022)

14.2.8 730 (setecentos e trinta) dias para internações e procedimentos de alta complexidade de doenças pré-existentes.(Alteração aprovada em A.G.O de 22/02/2022).

14.3 Filhos menores de 12 (doze) anos estão isentos de carência para internação.

14.4 As despesas decorrentes da utilização indevida dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

14.5 Cumpridas as carências regulamentares, o **BENEFICIÁRIO** terá direito de requerer a transferência para outro plano disponibilizado pela **APAS**.

14.5.1 O **BENEFICIÁRIO** que optar pela mudança de plano, passará a pagar o valor correspondente da mensalidade e cumprirá carências dos procedimentos não cobertos no plano de origem.

15. DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

15.1 O **BENEFICIÁRIO** deverá preencher Declaração de Saúde, no momento de requerer a sua adesão ao Plano de Saúde, dando conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à perda da condição de beneficiário.

15.2 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

15.3 O **BENEFICIÁRIO TITULAR (AGREGADO)** preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

15.4 O **BENEFICIÁRIO** tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico ou uma enfermeira auditora da **APAS**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

15.5 Durante a entrevista qualificada o **BENEFICIÁRIO** será orientado quanto ao correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento do requerimento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de ser esclarecido a respeito de questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

15.6 É vedada à **APAS** a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente caso tenha sido realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário com vistas à sua admissão no plano de assistência à saúde.

15.7 Sendo constatada por perícia, durante a 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 **APAS** oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

15.8 Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da 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.

15.9 Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de

assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura oferecida pela APAS, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências regulamentares, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

15.10 Caso a **APAS** não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

15.11 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **APAS** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

15.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *site* <http://www.ans.gov.br>.

15.13 É vedada à **APAS** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

15.14 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei n. 9.656/1998.

15.15 O Agravo será regido por instrumento específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

15.16 Identificado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **APAS** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao **BENEFICIÁRIO** através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

16. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 Nos casos de urgência ou emergência, os **BENEFICIÁRIO** poderão obter atendimento diretamente junto aos serviços contratados pela **APAS**, na modalidade prevista neste **REGULAMENTO**, devendo, para tanto, identificarem-se como associados e apresentar a respectiva carteira de identificação.

16.2 São casos de emergência os que implicarem em risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para os **BENEFICIÁRIOS**, caracterizado por declaração do médico assistente.

16.3 São considerados casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

16.4 Nos casos de transtornos psiquiátricos serão consideradas emergenciais as situações que impliquem risco à vida ou de danos físicos para o beneficiário ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão).

16.5 Em casos de urgência e de emergência, quando se demonstrar que o **BENEFICIÁRIO** não teve condições de usar os serviços contratados pela **APAS**, ele terá direito ao reembolso da despesa decorrente, desde que cientificada a **APAS** de imediato, limitando o seu reembolso aos valores atribuídos pela **APAS** aos seus serviços contratados, conforme a Tabela de Procedimentos Médico-Hospitalares praticados pela **APAS**, vigente na data do evento.

16.6 O pagamento do reembolso, nos termos acima, será efetuado pela **APAS** em até trinta dias da entrega dos seguintes documentos:

16.6.1 Relatório do médico assistente contendo diagnóstico (CID), tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência / emergência;

16.6.2 Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados: nome completo do paciente; procedimento, taxas, materiais, medicamentos e respectivos valores, bem como a data de sua realização; atuação do médico (clínico e outros); valor dos honorários; nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;

16.6.3 Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

16.7 O prazo prescricional para o **BENEFICIÁRIO** requerer o reembolso é de um ano, a contar da data do atendimento emergencial ou urgente.

17. REMOÇÃO

17.1 Os **BENEFICIÁRIOS** terão direito também à remoção entre hospitais, após realizados os atendimentos classificados como de urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente, compreendendo a remoção, dentro do limite de abrangência geográfica prevista na cláusula 8.1 deste regulamento.

17.2 Nos casos previstos na cláusula 17.1, quando não possa haver remoção por risco à vida, o **BENEFICIÁRIO** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando assim a **APAS** desse ônus.

17.2.1 Nos casos de o **BENEFICIÁRIO** estar em período de carência, caberá à **APAS** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS, que disponha de serviços de emergência, visando à continuidade do atendimento.

17.2.2 Na remoção, a **APAS** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente, quando efetuado o registro na unidade do SUS.

18. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

18.1 O presente **REGULAMENTO** não disponibiliza o acesso a livre escolha de prestadores, já que a **APAS** possui rede credenciada.

19. MECANISMO DE REGULAÇÃO

19.1 Além do pagamento da mensalidade, previsto na cláusula 21, será devido o fator de coparticipação que corresponderá a:

19.1.1 30% (trinta por cento) do valor de consultas, serviços auxiliares de diagnose e terapia, quando realizados ambulatorialmente;

19.1.2 50% (cinquenta por cento) do valor das internações psiquiátricas que ultrapassem os prazos previstos nos subitens da cláusula 11.22 deste Regulamento;

19.1.3 30% (trinta por cento) do valor das despesas com atendimento domiciliar (*home care*), quando fornecidos de forma excepcional, por força de ordem judicial ou por decisão extraordinária e exclusiva da **APAS**, após análise de sua indicação pelo médico assistente.(Alteração aprovada em A.G.O de 20/02/2024).

19.1.4 30% (trinta por cento) do valor de medicamentos com cobertura no Rol da ANS.(Inclusão aprovada em A.G.O de 22/02/2022).

19.1.5 30% (trinta por cento) do valor de medicamentos para uso domiciliar ou ambulatorial, quando fornecidos de forma excepcional, por força de ordem judicial ou por decisão extraordinária e exclusiva da **APAS**, após a análise de sua indicação pelo médico assistente.(Inclusão aprovada em A.G.O de 22/02/2022).

19.2 Entende-se como fator de coparticipação a condição estipulada, com o objetivo de evitar o uso descontrolado do sistema e diminuir o custo da mensalidade do plano para o **BENEFICIÁRIO**, visando garantir o equilíbrio financeiro do Regulamento e o uso racional e criterioso das coberturas assistenciais por parte dos beneficiários.

19.3 O fator de coparticipação não incide sobre os custos de procedimentos realizados sobre internações cirúrgicas, exceto nas internações psiquiátricas, conforme previsto na

cláusula 19.1.2 deste **REGULAMENTO**.

19.4 O fator de coparticipação de 30%, previsto na cláusula 19.1.1, incide sobre procedimentos realizados nos atendimentos de urgência e/ou emergência, definidos nos subitens da cláusula "11.23" e "16" deste **REGULAMENTO**, bem como no caso previsto na cláusula 30.2.(Alteração aprovada em A.G.O de 22/02/2022).

19.5 Será cobrado em relação a cada internação para tratamento clínico, a título de coparticipação, o valor prefixado de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais).

19.6 O **BENEFICIÁRIO** reconhece que o valor de coparticipação vencida constitui dívida líquida, certa e exequível, caracterizando-se título extrajudicial, podendo a **APAS** proceder à sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste **REGULAMENTO** e em seu Estatuto Social.

20. FORMAÇÃO DO PREÇO

20.1 Valores a serem pagos pela cobertura assistencial do presente plano são determinados de forma **PRÉ-ESTABELECIDO**.

20.2 A definição dos valores será realizada através de cálculos atuariais e estatísticos, os quais contemplam a análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de beneficiário e tipo de procedimento, com uma observação mínima de 12 (doze) meses, além do carregamento de despesas administrativas da **APAS**, contabilizando-se ainda o repasse da **CRUZ AZUL**, conforme acordo contratual entre a **APAS** e a **CRUZ AZUL**.

21. PAGAMENTO DA MENSALIDADE E DA COPARTICIPAÇÃO

21.1 As mensalidades e a coparticipação, quando devida, serão pagas pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR (AGREGADO)**, pela forma de pós-pagamento, até o dia 10 de cada mês a que se referir, preferencialmente por desconto em folha de pagamento ou por intermédio de boletos bancários mensais ou duplicatas, onde estarão registrados os vencimentos dos valores correspondentes às despesas previstas nos itens das cláusulas 19 e 20 deste **REGULAMENTO**.

21.2 Ocorrendo impontualidade no pagamento da prestação, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelos índices aplicados aos débitos judiciais civis até o efetivo pagamento, além da multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

21.3 No caso de inadimplência, o título de crédito vencido poderá ser levado a protesto em Cartório de Títulos, com a inserção do nome do devedor nos órgãos de proteção ao crédito, sem prejuízo de eventual ação judicial cabível, sendo certo que tal protesto será feito no domicílio da **APAS**.

21.4 O **BENEFICIÁRIO TITULAR (AGREGADO)** reconhece que o valor das mensalidades vencidas e de coparticipação constituem dívida líquida, certa e exequível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **APAS** proceder à sua cobrança por execução judicial, sem prejuízo das demais sanções previstas neste **REGULAMENTO** e em seu Estatuto Social.

21.5 Todos os ônus referentes aos serviços objeto deste **REGULAMENTO** são de responsabilidade da **APAS**, que relacionar-se-á diretamente com os médicos e demais prestadores de serviços contratados. A **APAS** não autoriza qualquer acordo direto entre os **BENEFICIÁRIOS** e os profissionais e prestadores contratados, não se responsabilizando por eventual acordo celebrado entre os mesmos.

21.6 A contraprestação pecuniária que o **BENEFICIÁRIO AGREGADO** pagará à **APAS**, sem prejuízo da corresponsabilidade financeira do **ASSOCIADO TITULAR** ou do **ASSOCIADO PENSIONISTA**, nos termos anteriormente estabelecidos, será devida por si e pelos demais **BENEFICIÁRIOS**, inscritos na Proposta de Adesão ao Plano de Saúde, cujo valor corresponde ao indicado na aludida Proposta de Adesão, respeitadas as faixas etárias dos **BENEFICIÁRIOS** inscritos, conforme Tabela anexa, bem como observados os reajustes previstos na cláusula 22.

22. REAJUSTE

22.1 Todos os preços previstos neste **REGULAMENTO** são fixados em moeda corrente do país e serão reajustados anual e automaticamente, em conformidade com definições dos critérios de reajustes das contraprestações, observada a comunicação à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e referendados pela Assembleia Geral.

22.2 De forma complementar, caso haja necessidade decorrente do aumento da sinistralidade, visando o reequilíbrio econômico-atuarial do pactuado por meio deste **REGULAMENTO**, a **APAS** poderá realizar reajuste por sinistralidade, mesmo que acima do estabelecido pela ANS, bem como alterações nos percentuais das faixas etárias, previstas na cláusula 23 deste **REGULAMENTO**, desde que aprovado em Assembleia Geral, observado o seu Estatuto Social.

22.3. Na hipótese prevista no subitem 22.2 o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos anteriores.

23. FAIXAS ETÁRIAS

23.1 Para ter direito aos serviços objetos deste **REGULAMENTO**, o **BENEFICIÁRIO TITULAR (AGREGADO)** pagará à **APAS** a mensalidade, cujos valores serão apurados em função de cada beneficiário inscrito, considerando-se o respectivo plano e a faixa etária, conforme **Tabela Anexa**.

23.2 As faixas etárias a serem consideradas são:

23.2.1 De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

23.2.2 De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

23.2.3 De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

23.2.4 De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

23.2.5 De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

23.2.6 De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;

23.2.7 De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

23.2.8 De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

23.2.9 De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

23.2.10 De 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

23.3 O valor de referência para o cálculo da mensalidade a ser paga pelos **BENEFICIÁRIOS** enquadrados em cada faixa etária será o valor, em reais (R\$), da faixa etária imediatamente anterior, com exceção da primeira faixa etária cujo valor da mensalidade será estipulado somente em reais (R\$), conforme tabela de preços e percentuais (em anexo);

23.3.1 Calcula-se o valor, em reais (R\$), de cada faixa etária aplicando o percentual previsto para a respectiva faixa etária sobre o valor em reais (R\$) da faixa imediatamente anterior;

23.4 Havendo a mudança de faixa etária, os preços serão alterados automaticamente de acordo com o percentual estabelecido para cada faixa etária.

23.5 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária obedecerão as seguintes condições:

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

23.5.2 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;

23.5.3 As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

24. BÔNUS E DESCONTOS

24.1 O presente **REGULAMENTO** não dá direito a bônus ou descontos de qualquer natureza aos **BENEFICIÁRIOS**.

25. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO - AUTOGESTÃO

25.1 As regras para instrumentos jurídicos de Planos Coletivos por Adesão, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, não se aplicam a este **REGULAMENTO**.

26. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

26.1 O vínculo do **BENEFICIÁRIO** com a **APAS** e este **REGULAMENTO** é associativo.

27. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

27.1 O vínculo dos **BENEFICIÁRIOS (AGREGADOS E DEPENDENTES)** do **Plano IV** é decorrente da condição associativa do **policial militar TITULAR OU PENSIONISTA** à **APAS (Plano III)**, a quem cabe o direito de solicitar a exclusão de seus **DEPENDENTES** ou **AGREGADOS**.

27.2 Não pode haver a suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** por decisão unilateral da **APAS**, exceto por inadimplência, fraude ou pela perda do vínculo associativo do policial militar **TITULAR** ou da **PENSIONISTA** com a **APAS**, ou do próprio **AGREGADO**, ou ainda, devido à perda da condição de dependente, devidamente comprovada e prevista na forma deste **REGULAMENTO** e no Estatuto Social vigente.

27.3 Na ocorrência de falecimento ou exclusão do **ASSOCIADO TITULAR** e/ou do **ASSOCIADO PENSIONISTA (Plano III)**, fica facultado ao **ASSOCIADO AGREGADO** e **DEPENDENTES** o direito de solicitar a permanência no Plano, com a elaboração de uma nova Proposta de Adesão ao Plano, nas mesmas condições de cobertura de que gozavam, com isenção do cumprimento de novos períodos de carência, desde que formulado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do óbito ou da exclusão.

27.4 O não pagamento da prestação devida, composta pelo valor correspondente à mensalidade e/ou coparticipação, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses da adesão ao Plano de Saúde e a este **REGULAMENTO**, ensejará a perda da condição de **BENEFICIÁRIO** e a consequente rescisão de sua adesão, desde que seja notificado até o quinquagésimo dia de atraso, nos termos do Estatuto Social da **APAS**.

27.5 O não pagamento da prestação devida, no mesmo prazo e condições fixadas no subitem anterior, a critério da **APAS**, antes da efetiva rescisão da adesão do **BENEFICIÁRIO** ao Plano de Saúde e a este **REGULAMENTO**, poderá ensejar a suspensão dos serviços ora ofertados, podendo ocorrer seu restabelecimento mediante negociação financeira entre as partes.

27.6 É dever do **ASSOCIADO** manter o seu endereço atualizado junto à **APAS**, inclusive em relação ao seu endereço eletrônico (e-mail).

27.7 Constatando-se omissão ou falsidade nas declarações mencionadas na cláusula 15 deste **REGULAMENTO**, também haverá a perda da condição de **BENEFICIÁRIO**, extinguindo-se a sua adesão ao Plano de Saúde e a este **REGULAMENTO** por motivo de fraude, conforme aplicação analógica do contido na Lei nº 9.656/98, artigo 13, parágrafo único, inciso II, ficando o **BENEFICIÁRIO** obrigado a ressarcir a **APAS** por todas as despesas decorrentes do atendimento às doenças ou lesões preexistentes.

27.8 A adesão ao Plano de Saúde e a este **REGULAMENTO** poderá ser extinta a qualquer momento se as partes não cumprirem fielmente as presentes cláusulas e condições, ressalvado o caso de calamidade pública ou por força maior que não permita às partes o prosseguimento de suas atividades.

27.9 No caso de não cumprimento das cláusulas regulamentares, a parte inadimplente deverá ser notificada da rescisão contratual, judicial ou extrajudicialmente, ficando responsabilizada, ainda, pelo pagamento do saldo devedor e das perdas e danos.

28. RESCISÃO/SUSPENSÃO

28.1 Por tratar-se de uma operadora na modalidade de autogestão não patrocinada, não se aplica a rescisão, já que todas as hipóteses são de perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO**, nos termos disciplinados na cláusula anterior.

29. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

29.1 O presente **REGULAMENTO** não disponibiliza serviços ou coberturas adicionais.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS

30.1 O beneficiário em trânsito, em qualquer cidade brasileira, poderá utilizar os serviços da rede contratada nos casos de urgência ou emergência, e os serviços das APAS conveniadas sediadas no Estado de São Paulo, desde que previamente autorizados pela **APAS**.

30.2 Na hipótese de reembolso, deverão ser adotadas as regras previstas na Cláusula 16.5 e seguintes deste **REGULAMENTO**.

30.3 O presente **REGULAMENTO** poderá sofrer alterações e modificações mediante decisão da Assembleia Geral da **APAS**, órgão supremo nos termos estatutários.

30.4 Não havendo disponibilidade técnica para os atendimentos na área de atuação da **APAS**, esta orientará os **BENEFICIÁRIOS** para atendimento em prestadores de serviços conveniados, sendo as despesas de locomoção, hospedagem e alimentação de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, salvo a obrigação contida na cláusula 30.1 deste **REGULAMENTO**.

30.5 As partes destacam de forma irretorquível que a responsabilidade da **APAS** limita-se à relação de serviços enumerados na cláusula 11 deste **REGULAMENTO**, considerando-se esse rol taxativo para efeito de compreensão dos direitos dos **BENEFICIÁRIOS**. Portanto, qualquer procedimento não expressamente citado na cláusula 11 não terá cobertura, salvo quando previsto em norma posterior da ANS.

30.6 Entretanto, desde que haja acordo entre a **APAS** e o **BENEFICIÁRIO**, a cobertura poderá ser ampliada ou executado serviço não objeto deste **REGULAMENTO**, na modalidade definida como “custo operacional”, mediante específico pagamento por parte do **BENEFICIÁRIO**. Entende-se por “custo operacional” os serviços prestados aos **BENEFICIÁRIOS** mediante pagamento do seu custo, tendo por referência a Tabela de Procedimentos Médicos-Hospitalares.

30.7 A **APAS disponibilizará** ao **BENEFICIÁRIO**:

30.7.1 relação dos médicos contratados com indicação de suas especialidades e endereços de seus consultórios de atendimento;

30.7.2 relação de serviços contratados ambulatoriais de diagnóstico e terapia;

30.7.3 relação de serviços de urgência e emergência;

30.7.4 relação dos hospitais contratados;

30.7.5 Manual de Orientação para Adesão aos Planos de Saúde - MPS;

30.7.6 Guia de Leitura do Regulamento.

30.7.7. Carta de Orientação ao Beneficiário;

30.8 Eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos da Lei nº 9.656/1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar.

30.9 No caso de **BENEFICIÁRIO** internado em hospital cujo credenciamento seja suspenso ou cancelado, a **APAS** garantirá a continuidade do atendimento, obrigando-se à prestação do serviço até a alta hospitalar.

30.10 Deverá ser formada junta médica para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pela **APAS**, nos termos da RN nº 427/2017 da ANS ou outro ato normativo de venha a substituí-la.

30.11 A responsabilidade da **APAS** pelos atendimentos médico-hospitalares iniciados

cessa no último dia de vigência da adesão ao Plano de Saúde e a este **REGULAMENTO**, ficando sob responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** o pagamento das despesas ocorridas a partir de tal data.

30.12 A partir da vigência deste **REGULAMENTO**, nos termos de sua cláusula 13, os **BENEFICIÁRIOS** do Plano que firmaram seus requerimentos de adesão em data anterior, também passam a aderir às disposições deste **REGULAMENTO**, que regulará todas as relações jurídicas entre as partes, com exclusão de qualquer outro instrumento jurídico firmado em data anterior, por tratar-se do meio adequado para regular as relações de **BENEFICIÁRIOS** de Plano Coletivo por Adesão, na modalidade autogestão, nos termos dos atos normativos da ANS.

30.13 Integram este **REGULAMENTO**, como anexos, os seguintes documentos: modelo-padrão de Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Tabela de Faixa Etária, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, Guia de Leitura Contratual e Carta de orientação ao beneficiário;

30.14. A **APAS** se sub-roga no direito de ação de ressarcimento contra o causador de dano a qualquer **BENEFICIÁRIO** deste Plano de Saúde, associado da **APAS**, relativamente aos gastos médico-hospitalares decorrentes do evento danoso, que forem pagos pela **APAS**, exceto em relação aos valores correspondentes à coparticipação.

31. FORO

31.1 Fica definido o foro da Comarca de Araçatuba-SP, para decidir sobre eventual demanda decorrente da interpretação e aplicação das normas deste **REGULAMENTO**, com expressa renúncia de outro, por mais privilegiado que seja.

Araçatuba/SP, 20 de fevereiro de 2024.

PAULO AUGUSTO LEITE MOTOOKA
Diretor Presidente da APAS