

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I FINALIDADE

Artigo 1º - O Estatuto da Associação Policial de Assistência à Saúde “APAS” de Fernandópolis/SP fica regulamentado por este Regimento Interno, em conformidade com o Art.55.

CAPÍTULO II ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Artigo 2º - A Associação manterá em sua sede na cidade de Fernandópolis, uma estrutura organizacional capaz de atender as necessidades básicas de Gestão e Operação de Planos de Saúde de acordo com a regulamentação da Saúde Suplementar, composta de Gerência administrativa, cadastro, atendimento, finanças e auditoria em saúde.

§1º Para cumprimento das demais exigências do órgão regulador, a Diretoria poderá firmar contratos com empresas terceirizadas, nas seguintes áreas: Recursos Humanos e Folha de Pagamento, Contabilidade, Assessorias Técnica, Atuarial e Jurídica.

§2º A Associação poderá manter escritórios regionais de atendimento nos municípios da área de abrangência, para agilizar o controle e expedição de guias, contatos com os associados e rede credenciada.

§3º A Associação poderá substituir o atendimento dos escritórios regionais por meio virtual da rede mundial de computadores “internet” ou por telefone/fax.

§4º O horário de funcionamento será das 07:30 às 17:30 de segunda a sexta feira nos dias úteis.

CAPÍTULO III ADESÃO

Artigo 3º - A adesão do associado titular e seus dependentes, nos termos do artigo 7º e 55 do Estatuto, serão efetivadas mediante aceitação da proposta de adesão pela Associação com os documentos comprobatórios exigidos nesse ato, e após assinatura de declaração de saúde referente às doenças e lesões preexistentes e avaliação do Médico Auditor da APAS. Além desses critérios, realizar o pagamento da primeira mensalidade.

Artigo 4º - Para efeito deste Regimento, são considerados beneficiários:

- D) Associado Policial Militar Ativo;
- II) Associado Policial Militar Aposentado ou da Reserva;
- III) Cônjuge ou companheiro(a) do Associado Titular que comprove união estável como entidade familiar, conforme a Lei Civil, mediante Declaração Pública de União Estável registrada em Cartório ou Tabelião Público;
- IV) Cônjuge ou Companheiro(a) que comprove união estável como entidade familiar com o (a) filho(a) do Associado Titular, conforme a Lei Civil e mediante declaração pública registrada em cartório ou Tabelião Público;
- V) Filhos, de qualquer condição ou sexo, bem como os filhos considerados inválidos para o trabalho, de acordo com laudo médico, e os incapazes civilmente, desde que, nos dois últimos casos, vivam, comprovadamente, sob a dependência econômica do militar, Associado Titular;
- VI) Pais do Associado Titular, desde que vivam sob sua dependência econômica e não existam outros beneficiários obrigatórios, mediante comprovação documental;
- VII) Os contribuintes inscritos, obrigatoriamente, para efeitos de pensão;
- VIII) Netos, Bisnetos e Trinetos do Associado Titular.

§1º - Na falta de decisão judicial com trânsito em julgado reconhecendo a união estável, o companheiro ou companheira deverá comprová-la conforme estabelecido em norma regulamentar e/ou declaração pública registrada em cartório.

§2º - Para os fins deste artigo, equiparam-se aos filhos legítimos:

1. os enteados, enquanto durar o casamento ou união estável;
2. os menores sob guarda judicial;
3. os menores sob tutela ou curatela, desde que comprovadamente vivam sob a dependência econômica do Associado Titular.

§3º - A assistência ao beneficiário temporariamente incapaz será devida enquanto perdurar a incapacidade.

§4º - O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, terá assegurada a inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, e a carência de 180 (cento e oitenta) dias já tenha sido cumprida pelo Titular.

§5º - Em caso de inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Associado Titular ou Dependente.

§6º - O associado titular poderá optar pela inclusão ou não de seus dependentes legais na conformidade deste Regimento, porém a adesão do grupo familiar dependerá da participação obrigatória do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

§7º - A declaração de saúde dos dependentes menores de 18 anos será assinada pelo titular responsável.

§8º - O beneficiário será identificado pela credencial da APAS que deverá ser apresentada junto com

documento de identidade

§9º - A adesão do associado implica na aceitação das condições contratuais do plano de saúde registrado na ANS, deste Regimento Interno.

Artigo 4.1 – Os **Empregados da própria Associação** também serão considerados beneficiários para fins da assistência médica e hospitalar, não sendo, contudo, tal benefício extensivo aos seus dependentes.

CAPÍTULO IV EXCLUSÃO

Artigo 5º - Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, será excluído da Associação, após a devida notificação, sem que caiba direito a qualquer indenização, a qualquer tempo, o associado que incorrer nas hipóteses seguintes:

I - Sempre que, por fraude, obtiver o beneficiário qualquer vantagem indevida causadora ou não de lesões aos direitos da APAS.

II - Em decorrência do julgamento e confirmação de fraude na declaração de saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

III - Prestar declarações falsas para possibilitar o seu ingresso nesta associação;

IV - O atraso no pagamento da Taxa Mensal, por período superior a sessenta (60) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará na sua suspensão ou rescisão automática, desde que a APAS tenha comunicado ao Associado Titular, sua condição de inadimplência até o 50º (quinqüagésimo) dia de atraso.

Artigo 6º - Serão automaticamente desligados os beneficiários que perderem a qualidade de associado titular ou de dependente, previstos no Estatuto, a partir da data motivadora desse efeito.

Artigo 7º - A rescisão contratual, por iniciativa do associado titular, poderá se dar mediante solicitação escrita, após decorridos 12 (doze) meses da adesão, desde que esteja adimplente com suas obrigações.

Artigo 8º - Ocorrendo o óbito do associado titular, o cônjuge ou dependente legal, optará pela continuidade ou não da condição de associado.

§ 1º - Na opção pela continuidade, o cônjuge ou dependente arcará com as responsabilidades do titular falecido, seus direitos e obrigações.

§ 2º - O prazo para habilitação ou regularização dos dependentes será de 50 (cinquenta) dias, após o óbito.

Artigo 9º - O associado obriga-se a devolver, incontinentemente, as credenciais de identificação dos beneficiários, em caso de exclusão ou desligamento, no ato da sua exclusão, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido das coberturas assistenciais.

CAPÍTULO V MENSALIDADES

Artigo 10º - A contraprestação pecuniária decorrente da adesão ao plano de saúde, também denominada TAXA MENSAL, será devida pelo titular e demais dependentes, de acordo com as respectivas faixas etárias serão pagas até o 5º (quinto) dia útil do mês a que se referir, mediante cobrança bancária, através de débito em conta corrente, com a devida autorização do titular ou através de boleto.

Parágrafo único - Havendo o desligamento da CBPM no que concerne à assistência médica pela CRAZ, por motivo de interrupção dos descontos mensais devidos àquela Instituição, o associado titular deverá recolher mensalmente à APAS os valores na sua totalidade do repasse “per capita” da Cruz Azul de São Paulo.

Artigo 11 - Em casos de atraso no pagamento das contraprestações mensais ou valores decorrentes de co-participação ou franquia, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da Taxa Mensal, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais civis, ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculado dia a dia.

§ 1º - O pagamento da taxa mensal de manutenção referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

§ 2º - O não recebimento da cobrança, ou a sua não efetivação por qualquer outro, ainda que tenha sido através de desconto em conta corrente, não o desobriga de efetuar o pagamento no prazo de vencimento mensal avençado.

Artigo 12 – As mensalidades serão reajustadas anualmente no mês de dezembro, independentemente da data de admissão do associado, no mínimo com os índices divulgados e autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou por índice apurado por Assessoria Atuarial, proposto pela Diretoria Executiva, com parecer do Conselho Deliberativo-Fiscal, submetidos à Assembleia Geral, nos termos do Estatuto.

Parágrafo único - O presente Regulamento não dá direito a Bônus ou descontos de qualquer natureza.

Artigo 13 - Poderá ocorrer o reajuste decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial em razão da impactação, na estrutura de custo da APAS, de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos pelo presente Regulamento; ou de novos procedimentos inseridos na medicina ou, também, de novos métodos de diagnóstico e terapia; e avanços tecnológicos do setor, além daqueles advindos de mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira e de aumento imprevisível da frequência de sinistralidade ou da utilização dos serviços.

§ 1º - A apuração do percentual dessa impactação será feita anualmente e a sua aplicação estará sujeita à aprovação pela Assembleia Geral em consonância com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

§ 2º - Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste anual.

Artigo 14 - A variação do preço das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários, obedecerá a tabela aprovada pela Assembleia Geral e respectivos percentuais, os quais serão aplicados sempre sobre o valor da mensalidade que prevalecia no mês imediatamente anterior ao mês de mudança de faixa etária, prevalecendo o novo preço a partir do mês da mudança.

CAPÍTULO VI ATENDIMENTO

Artigo 15 - Os beneficiários terão acesso a toda assistência compreendida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina, de acordo com as segmentações contratadas pelo respectivo plano, e respeitados os prazos de carência, através de médicos, serviços e hospitais conveniados, nos municípios de Fernandópolis, Jales, Votuporanga, Santa Fé do Sul e Nhandeara, todos no Estado de São Paulo.

§ 1º - A acomodação do paciente deverá ser em quarto padrão com até 02 (dois) leitos e sem acompanhante, exceto para pacientes menores de 18 e maiores de 60 anos.

§ 2º - O presente regulamento não disponibiliza o livre acesso a escolha de prestadores.

Artigo 16 - A associação manterá, à disposição dos beneficiários, inclusive na internet, relação de médicos, serviços complementares e hospitais prestadores dos serviços estabelecidos de acordo com Regimento, bem como o rol de procedimentos médicos de que trata o artigo anterior.

Artigo 17 - O atendimento aos beneficiários será feito mediante guia de encaminhamento, fornecida

pela associação, para cuja obtenção é necessária a apresentação de credencial expedida pela APAS, acompanhada de documento de identidade.

§ 1º - Para a obtenção de guia para internação clínica e/ou cirúrgica ou exames complementares, é necessário também o pedido médico circunstanciado.

§ 2º – As guias de autorização para Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição serão emitidas para o paciente ou seu representante legal, e nunca para o profissional solicitante/executante, ficando sob responsabilidade do beneficiário sua retirada nos estabelecimentos da APAS.

§ 3º - Para a realização de cada atendimento ou sessão de Fisioterapia, Psicoterapia Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição, será emitida uma guia conforme pedido médico, mediante controle da Administração da APAS.

§ 4º - Nos consultórios médicos, hospitais, clínicas e serviços complementares de diagnose e terapia dentro do horário normal, os beneficiários deverão apresentar a guia de autorização respectiva emitida pela associação juntamente com documento de identidade.

§ 5º - Os atendimentos aos beneficiários nos consultórios serão efetuados conforme especificação de cada médico.

Artigo 18 - Os atendimentos ambulatoriais, internações clínicas e/ou cirúrgicas eletivos dos policiais militares da ativa deverão ser comunicados ao médico Chefe da Unidade Integrada de Saúde (UIS) a que pertencer o respectivo policial militar, em razão de consequências profissionais e administrativas decorrentes do atendimento.

Artigo 19 – Sempre que possível, principalmente quanto aos atendimentos especializados de alta complexidade, a Associação deverá utilizar-se dos serviços dos Hospitais da Cruz Azul e da Polícia Militar, para o atendimento a seus beneficiários.

Artigo 20 - A APAS poderá proceder à substituição de um ou de todos os hospitais e demais serviços credenciados, obrigando-se a comunicar aos beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com (30) trinta dias de antecedência e deverá ser feita por novos credenciados com qualificações técnicas equivalentes às dos substituídos.

§1º - Ocorrendo descredenciamento, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da APAS, sem que esta tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

§2º - Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos beneficiários, o mesmo permanecerá internado, até regular a alta hospitalar, sendo certo que as despesas até então apuradas correrão por conta da APAS.

§3º - Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a APAS responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o associado.

Artigo 21 - O direito aos serviços de Assistência Médica e Hospitalar contratados, é de uso exclusivo dos beneficiários, devidamente inscritos, sendo intransferível e inalienável a terceiros.

Parágrafo único - O uso indevido, por pessoas estranhas ao quadro associativo, implicará na imediata eliminação do responsável pela irregularidade sem prejuízo das sanções cíveis, penais e Administrativas cabíveis.

Artigo 22 - Em se tratando de beneficiários com idade inferior a 18 (dezoito) anos, todos os atos por eles praticados serão de responsabilidade dos seus pais, tutores ou representantes legais.

CAPÍTULO VII EXCLUSÕES DE COBERTURA

Artigo 23 - Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde elaborado pela ANS, vigente à época do evento e relacionados às doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina, na conformidade do dispositivo contratual registrado na ANS.

§1º – Nos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares, caso o paciente/responsável opte por utilizar órteses, próteses, materiais especiais, medicamentos e outros procedimentos não cobertos ou não autorizados, a responsabilidade financeira da diferença dos valores passará a ser do associado titular, que deverá ser negociada diretamente com a instituição prestadora dos serviços.

§2º - As despesas de hospitalização realizadas após a alta médica, passarão a correr, inteiramente por conta do usuário ou titular responsável.

CAPÍTULO VIII PERÍODOS DE CARÊNCIA

Artigo 24 - Os beneficiários obedecerão às carências constantes do contrato registrado na ANS.

§1º - Para efeito de contagem de carências, a mesma inicia a partir da data de assinatura no Termo de Adesão, pelo associado titular.

§2º - O pagamento antecipado das taxas mensais não elimina nem reduz os prazos de carência deste regulamento.

§3º - A inclusão de dependentes, posterior à adesão do associado titular, sujeita o recém beneficiário ao cumprimento de eventuais carências existentes, exceto na hipótese de inscrição de filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, o qual aproveitará os períodos de carência já cumpridos pelo adotante.

CAPÍTULO IX DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Artigo 25 - 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, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas pela ANS.

Artigo 26 - O beneficiário deverá informar à APAS, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela APAS, sem qualquer ônus para o beneficiário.

§2º - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da APAS, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§3º - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a APAS oferecerá a cobertura parcial temporária, no momento da adesão contratual.

Artigo 27 - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da adesão ao plano de 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.

§1º - Os procedimentos de alta complexidade são os especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

§2º - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão, 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.

§3º - Instaurado o processo administrativo na ANS, à APAS caberá o ônus da prova.

§4º - A APAS poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§5º - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§6º - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§7º - Após julgamento, e acolhida à alegação da APAS, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela APAS, bem como será excluído do contrato.

§8º - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO X URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Artigo 28 - Para efeito desta cobertura, nos termos contratuais, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e como atendimento de urgência entende-se aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

Artigo 29 - Os atendimentos de urgência e emergência fora do horário normal serão prestados pelos plantonistas dos hospitais credenciados na área de abrangência.

Parágrafo único - Consideram-se em horário normal, os atendimentos efetuados nos dias úteis, de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00 horas.

Artigo 30 – Fora da área de abrangência, o usuário poderá ser beneficiado pelo atendimento de urgência ou emergência, somente através da rede credenciada de outra APAS-Autogestão ou no Hospital da Cruz Azul em São Paulo.

Parágrafo único: As internações feitas em caráter de urgência ou emergência, deverão ser comunicadas à Associação em até 72 (setenta e duas) horas, mediante declaração do médico assistente, para que seja emitida a guia correspondente, sendo certo que a falta de comunicação no referido prazo, acarretará a não cobertura por parte da Associação, das despesas resultantes do atendimento.

Artigo 31 - Nos casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados indicados na relação fornecida pela operadora, dentro da abrangência geográfica, poderão ser reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os valores praticados pela APAS com a Rede Credenciada, desde que requeridas em até 30 dias após a data do evento.

CAPÍTULO XI REEMBOLSO

Artigo 32 - São passíveis de reembolso, todos os procedimentos com cobertura obrigatória, respeitados os períodos de carência e de cobertura parcial temporária, que se enquadrem nas situações abaixo:

- I** - casos de urgência e emergência em que o usuário, não puder se utilizar dos serviços credenciados dentro da abrangência geográfica;
- II** - casos previamente autorizados realizados por prestador não credenciado, em razão de especialidade médica ou procedimento de cobertura obrigatória não existente na área de abrangência geográfica.

Artigo 33 - Para solicitar o reembolso, o usuário deverá preencher o formulário próprio da APAS, com a documentação original necessária para cada caso:

- I** - Relatório do médico assistente contendo diagnóstico (CID-10), justificativa da necessidade do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência, tratamento efetuado e data do atendimento.
- II** - Recibos individuais quitados dos honorários médicos ou Nota Fiscal quitada quando tratar de pessoa jurídica, discriminando os seguintes dados:
 - a) Nome completo do paciente;
 - b) Procedimento e data de sua realização;
 - c) Atuação do médico (clínico e outros);
 - d) Valor dos honorários;
 - e) Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.

III - Conta hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diária, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados;

IV - Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado ou autorização prévia, conforme o caso.

Artigo 34 - Após a devida análise pela Administração e Auditoria, a APAS procederá o reembolso de acordo com o valor correspondente aos serviços contratados na área de cobertura e descontados a participação ou franquia, por meio de depósito bancário ou cheque nominal cruzado, a favor do usuário titular, que deverá ser retirado na sede ou regionais da Associação, em até 30 dias após a apresentação de todos os documentos obrigatórios.

Artigo 35 – Não são reembolsáveis as despesas extraordinárias do beneficiário.

CAPÍTULO XII REMOÇÕES

Artigo 36 - Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, nos termos definidos no contrato.

Parágrafo único – A APAS não se responsabilizará por transportes aeromédicos;

CAPÍTULO XIII MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Artigo 37 - Constituem Mecanismos de Regulação a definição das medidas de gerenciamento adotadas pela Associação para regular a demanda de utilização dos serviços de saúde, observados os preceitos legais e contratuais.

Artigo 38 - Os Associados e seus Beneficiários além das contribuições terão as seguintes co-participações, nas consultas e exames complementares:

a) Consultas: 25% (vinte e cinco por cento)

b) Exames Complementares, Terapias e Procedimentos Ambulatoriais: 10% (dez por cento)

Parágrafo único - Nas internações clínicas e/ou cirúrgicas, será cobrada co-participação de R\$ 100,00 (cem reais), dentro da área geográfica de abrangência.

Artigo 39 - As co-participações e franquias serão cobradas juntamente com as mensalidades quando do processamento da respectiva guia de autorização.

Parágrafo único – Fica estabelecido o teto mensal das co-participações e franquia, por família no valor máximo de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

Artigo 40 - Os procedimentos médicos classificados pela ANS como de alta complexidade, respeitadas as situações de urgência ou emergência e os prazos de garantia de atendimento, poderão ser redirecionados para a realização por credenciado indicado pela APAS.

Artigo 41 - Dependerão sempre de prévia autorização, respeitadas as situações de urgência ou emergência e os prazos de garantia de atendimento, os seguintes procedimentos médicos e serviços, a seguir relacionados:

I - Internações eletivas: Clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas.

II - Consultas, exames e internações fora da área de abrangência geográfica;

III - Serviços Auxiliares de Diagnose: Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cineangiocoronariografia e Cintilografia.

IV - Tratamento: Diálise, Hemodiálise, Quimioterapia, Radioterapia, Rádio-Iodo-Terapia, Hidroterapia;

V - Procedimentos classificados pela ANS como de alta complexidade;

Artigo 42 - Ao usuário é garantido que no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, que a definição do impasse será feito através de junta médica, constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

Artigo 43 - Fica reservado à APAS o direito de auditar e/ou periciar todo e qualquer procedimento médico realizado e/ou solicitado pelos prestadores de serviços, sejam eles credenciados ou não, em especial os procedimentos realizados em atendimentos de urgência e emergência na modalidade de reembolso, resguardados os preceitos éticos.

CAPÍTULO XIV DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 44 - Em caso de extravio dos cartões de identificação, deverá o beneficiário comunicar por escrito à APAS, para que esta tome as providências cabíveis, sob pena do mesmo arcar com as despesas que advenham desta utilização.

Artigo 45 - É de responsabilidade do associado titular, a comunicação de qualquer alteração cadastral, inclusive de seus dependentes;

§1º - As alterações de endereço devem ser comunicadas de imediato, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder.

§2º - Caso sejam constatadas em recadastramento anual, alterações que impliquem em direitos ou deveres do associado, estas serão devidas a contar do fato gerador ou a partir de sua exigibilidade legal ou regulamentar;

§3º - A inobservância destas condições não impedirá a Associação quanto à aplicação de todas as implicações legais e regulamentares.

Artigo 46 – Haverá recadastramento anual obrigatório dos associados titulares durante o mês de janeiro, para atualização dos dados cadastrais, mediante apresentação dos documentos comprobatórios das condições previstas no Estatuto e neste regulamento;

Artigo 47 - Este Regimento poderá ser alterado por proposta da Diretoria Executiva ou por iniciativa do Conselho Fiscal ou do Conselho Deliberativo.

Parágrafo único - As sugestões dos associados para alteração deste Regimento deverão ser encaminhadas Diretoria Executiva, ao Conselho Fiscal ou ao Conselho Deliberativo.

Artigo 48 – Os casos não tratados por este Regimento serão resolvidos pela Diretoria Executiva.

Artigo 49 - Este Regimento, depois de revisado e alterado pela Diretoria Executiva, substitui o anterior e entrará em vigor após aprovação pelo Conselho Deliberativo-Fiscal.

Fernandópolis, 27 de Novembro de 2020.

IVAN CESAR BELENTANI

Presidente

Diretoria Executiva

MARCOS PAULO SILVA

Secretário

Diretoria Executiva

MANOEL ALVARO EGAS FILHO

Vice-Presidente

Diretoria Executiva

CARLOS ALBERTO RIBEIRO FIUSA

Primeiro Tesoureiro

Diretoria Executiva