



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. de seu Estatuto Social.

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 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais normas pertinentes, composta por Gerência, Auditoria, Financeiro, Contratos, Tecnologia da Informação, Contas Médicas e Atendimento.

§1º- Para cumprimento das demais exigências do órgão regulador, a Diretoria poderá firmar contratos com empresas terceirizadas.

§2º- O horário de funcionamento será das 07h30 às 17h30 de segunda-feira a sexta-feira nos dias úteis.

CAPÍTULO III

ADESÃO

Artigo 3º - A adesão do associado titular e seus dependentes, nos termos do artigo 7º 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 a doenças e lesões preexistentes e avaliação do Médico Auditor da APAS. Além desses critérios, realizar o pagamento da primeira mensalidade, proporcional aos dias restantes no mês corrente.

Artigo 4º - Para efeito deste Regimento, são considerados beneficiários aqueles constantes do Artigo 53 e 54 do Estatuto Social.

§1º- 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.

§2º- Em caso de inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Associado Titular ou Dependente.

§3º- 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.

§4º- A declaração de saúde dos dependentes menores de 18 anos será assinada pelo titular responsável.

§5º- O beneficiário será identificado pela credencial da APAS que deverá ser apresentada junto com documento de identidade.

§6º- A adesão do associado implica na aceitação das condições contratuais do plano de saúde registrado na ANS, do Estatuto Social e deste Regimento Interno.

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 do Artigo 9º do Estatuto Social.

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, ou que sane as dívidas pendentes, sob pena de cobrança judicial.

Artigo 8º - Ocorrendo o óbito do associado titular, o cônjuge ou dependente legal, optará pela continuidade ou não da condição de associado. Não havendo pensionista, os dependentes poderão continuar na condição de associados.

§1º- Na opção pela continuidade, o cônjuge ou o 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.





CAPÍTULO V **MENSALIDADES**

Artigo 9º - A contraprestação pecuniária decorrente da adesão ao plano de saúde, também denominada mensalidade, será devida pelo titular e demais dependentes, de acordo com as respectivas faixas etárias, e deverá ser paga 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, excepcionalmente.

Artigo 10 - Em casos de atraso no pagamento das mensalidades ou dos valores decorrentes de coparticipação, a regularização far-se-á por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), acrescida da atualização do valor da mensalidade, 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.

Parágrafo único - O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Artigo 11 - As mensalidades serão reajustadas anualmente no mês de abril, independentemente da data de admissão do associado, por índice apurado por Assessoria Atuarial, proposto pela Diretoria Executiva, com parecer do Conselho 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 12 - Poderá ocorrer o reajuste decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial em razão da impactação, na estrutura de custo da APAS, de fatores incontrolláveis 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, deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste anual.

Artigo 13 - A variação do preço das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários, obedecerá à 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 14 - 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.
Parágrafo único - 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.

Artigo 15 - 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 16 - 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 - 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.

§3º - Os atendimentos aos beneficiários nos consultórios serão efetuados conforme especificação de cada médico.

Artigo 17 - 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, 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 18 - 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 a imediata eliminação do responsável pela irregularidade sem prejuízo das sanções cíveis, penais e Administrativos cabíveis.

Artigo 19 - 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 20 - 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 21 - Os beneficiários obedecerão às carências constantes do contrato registrado na ANS.

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

§2º - O pagamento antecipado das taxas mensais não elimina nem mesmo 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 22 - 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 23 - 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 à 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 24 - 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 as 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 à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após a 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 a alegação 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 a lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença ou da 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 a rescisão unilateral do contrato até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO X

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Artigo 25 - Para efeito desta cobertura, nos termos contratuais, entende-se como atendimento de emergência aquele que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; como atendimento de urgência se entende aquele resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

Artigo 26 - 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 a sexta-feira, das 08h às 18h.





Artigo 27 – Fora da área de abrangência, o usuário poderá ser beneficiado pelo atendimento de urgência ou emergência, através da rede credenciada diretamente pela APAS, por intermédio de rede credenciada da ABRAMGE - Associação Brasileira de Planos de Saúde – à qual a APAS Fernandópolis é associada, mediante consulta aos locais disponibilizados no aplicativo da APAS ou outro meio disponibilizado na rede credenciada ou própria de outras APAS Autogestão com as quais houver contrato prévio de atendimento.

CAPÍTULO XI **REEMBOLSO**

Artigo 28 - 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.
- III** - casos em que o beneficiário optar em ser atendido por profissional de sua preferência, não credenciado, podendo ser reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os valores praticados pela APAS com a Rede Credenciada.

Artigo 29 - 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.
 - f) Outros que possam complementar o pedido para subsidiar a APAS no intento.
- 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 30 - Após a devida análise pela Administração e Auditoria, a APAS procederá ao reembolso, de acordo com o valor correspondente aos serviços contratados na área de cobertura e descontada a coparticipação, por meio de depósito bancário, a favor do usuário titular, em até 30 (trinta) dias após a apresentação de todos os documentos obrigatórios.

Parágrafo único – o beneficiário deverá enviar a documentação solicitando o reembolso em até 60 (sessenta) dias após o evento.

Artigo 31 – Não são reembolsáveis as despesas extraordinárias do beneficiário.

CAPÍTULO XII REMOÇÕES

Artigo 32 - Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, devidamente formalizada pela indicação do profissional médico, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, nos termos definidos na Proposta de Adesão.

Parágrafo único - A APAS não se responsabilizará por transportes aeromédicos.

CAPÍTULO XIII MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Artigo 33 - 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 34 - Os Associados e seus Beneficiários, além das contribuições, terão as seguintes coparticipações, nas consultas e nos exames complementares:

- a) Consultas: 25% (vinte e cinco por cento)
- b) Exames Complementares, Terapias e Procedimentos Ambulatoriais: 15% (quinze por cento).

§ 1º- Nas internações clínicas e/ou cirúrgicas, será cobrada coparticipação de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) dentro da área geográfica de abrangência.

§ 2º- **Teto mensal das coparticipações: R\$ 500,00 (quinhentos reais). Caso ultrapasse o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), o restante será cobrado no próximo mês na proporção de 50% por conta do beneficiário e 50% como contrapartida da APAS.**





Artigo 35 - As coparticipações serão cobradas juntamente com as mensalidades, quando do processamento da respectiva guia de autorização.

Artigo 36 - 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 37 - 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 Diagnóstico: 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 38 - Ao usuário é garantido, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, que a definição do impasse será feita 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 39 - 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 40 - 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 os documentos cheguem em tempo hábil em seu poder.





§2º- Caso sejam constatadas em recadastramento anual, alterações que impliquem 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 41 – 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 42 - Este Regimento poderá ser alterado por proposta da Diretoria Executiva ou por iniciativa do Conselho Fiscal.

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

Artigo 43 – Os casos não tratados por este Regimento serão resolvidos pela Diretoria Executiva.

Artigo 44 - Este Regimento, depois de revisado e alterado pela Diretoria Executiva, substitui o anterior e entrará em vigor após aprovação pelo Conselho Fiscal.

Fernandópolis, 8 de dezembro de 2025.


Ivan César Belentani
Data 29/12/2025 08:22
#8db549cce4a811f0800e42010a2b601f

IVAN CESAR BELENTANI
Diretor Presidente


Manoel Alvaro Egas Filho
Data 29/12/2025 08:24
#8dc4b86de4a811f0800e42010a2b601f

MANOEL ALVARO EGAS FILHO
Diretor Vice-Presidente


Alan Rodrigo Silva
Data 05/01/2026 08:04
#8dd0f39ce4a811f0800e42010a2b601f

ALAN RODRIGO SILVA
Diretor Secretário


ALINE SILVA MARTINS
Data 05/01/2026 08:23
#8ddd103be4a811f0800e42010a2b601f

ALINE SILVA MARTINS
Diretora de Finanças

