



Associação Policial de Assistência à Saúde

Rua Conde d'Eu, 292 - Vila Boa Vista - Sorocaba/SP - 18030-040 | 15 3331.7092

CNPJ Nº 71.559.272/0001-74 | IE: Isento

Registrado no 1º Registro Civil de Pessoas Jurídicas sob nº 46.172
Sociedade Civil sem fins lucrativos | Fundada em 14 de Março de 1994

ANS - Nº 41012-8

REGIMENTO INTERNO

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

APAS SAÚDE SOROCABA

EDIÇÃO 05



Associação Policial de Assistência à Saúde

Rua Conde d'Eu, 292 - Vila Boa Vista - Sorocaba/SP - 18030-040 | 15 3331.7092

CNPJ Nº 71.559.272/0001-74 | IE: Isento

Registrado no 1º Registro Civil de Pessoas Jurídicas sob nº 46.172
Sociedade Civil sem fins lucrativos | Fundada em 14 de Março de 1994

ANS - Nº 41012-8

Controle de Revisões e Alterações				
Revisão	Data	Descrição da Alteração	Ata	Edição
-	16/05/1994	Emissão Inicial	002	01
1ª	25/08/2000	Revisão	078	02
2ª	14/06/2005	Revisão	140	03
3ª	25/10/2017	Alteração: Revogação do artigo 38	304	04
4ª	25/05/2021	Revisão	347	05

SUMÁRIO

TÍTULO I - DA INSTITUIÇÃO	1
CAPÍTULO I - DA INSTITUIÇÃO	1
CAPÍTULO II - DOS FINS	1
CAPÍTULO III - DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA.....	1
CAPÍTULO IV - DAS ATIVIDADES.....	2
CAPÍTULO V - DAS NORMAS QUE REGEM AS ATIVIDADES	2
LEIS	2
RESOLUÇÕES NORMATIVAS DA ANS.....	2
RESOLUÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	3
SÚMULA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA.....	3
TÍTULO II - DA ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE	4
CAPÍTULO I - DA ADMINISTRAÇÃO	4
GERÊNCIA.....	4
COORDENADORIA ASSISTENCIAL.....	5
COORDENADORIA ADMINISTRATIVA.....	6
SETOR DE RECURSOS HUMANOS.....	8
SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS	8
SETOR DE MÍDIAS SOCIAIS E ASSUNTOS REGULATÓRIOS DA ANS	9
ASSESSORIAS E AUDITORIAS EXTERNAS	9
CAPÍTULO II - DO CONSELHO FISCAL.....	11
SEÇÃO I - DO CONSELHO FISCAL	11
CAPÍTULO III - DO PROCESSO ELEITORAL	11
SEÇÃO I - DOS ELEITORES	12
SEÇÃO II - DA COMISSÃO ELEITORAL	12
TÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO ASSOCIATIVA	12
CAPÍTULO I - DO QUADRO ASSOCIATIVO.....	12
CAPÍTULO II - DA ADMISSÃO E READMISSÃO	12
CAPÍTULO III - DA INSCRIÇÃO E PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	14
CAPÍTULO IV - DO DESLIGAMENTO DO QUADRO ASSOCIATIVO.....	15
CAPÍTULO V - DAS PENALIDADES.....	16
TÍTULO IV - DA ASSISTÊNCIA AO ASSOCIADO.....	16
CAPÍTULO I - DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO.....	16
CAPÍTULO II - COBERTURA ASSISTENCIAL	18
SEÇÃO I - COBERTURA AMBULATORIAL	18
SEÇÃO II - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.....	19
SEÇÃO III - EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	21
SEÇÃO IV - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	23
SEÇÃO V - REMOÇÕES - TRANSPORTE	24
CAPÍTULO III - CARÊNCIAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	25
SEÇÃO I - CARÊNCIAS.....	25
SEÇÃO II - DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES	26
CAPÍTULO IV - MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	26
SEÇÃO I - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÕES.....	26
SEÇÃO II - FATOR MODERADOR.....	28
CAPÍTULO V - FORMAÇÃO DO PREÇOS, MENSALIDADE, REAJUSTE E FAIXAS ETÁRIAS.....	29
SEÇÃO I - REAJUSTE	30
SEÇÃO II - FAIXA ETÁRIA.....	31
CAPÍTULO VI - PLANOS DE SAÚDE.....	32
SEÇÃO I - PLANOS ATIVOS COMERCIALIZADOS	32
SEÇÃO II - PLANOS ATIVOS COM A COMERCIALIZAÇÃO SUSPensa (EM EXTINÇÃO)	34



Associação Policial de Assistência à Saúde

Rua Conde d'Eu, 292 - Vila Boa Vista - Sorocaba/SP - 18030-040 | 15 3331.7092

CNPJ Nº 71.559.272/0001-74 | IE: Isento

Registrado no 1º Registro Civil de Pessoas Jurídicas sob nº 46.172
Sociedade Civil sem fins lucrativos | Fundada em 14 de Março de 1994

ANS - Nº 41012-8

ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE APAS SAÚDE SOROCABA

REGIMENTO INTERNO

(Última atualização: 25/05/2021)

TÍTULO I - DA INSTITUIÇÃO

CAPÍTULO I - DA INSTITUIÇÃO

Artigo 1º- A Associação Policial de Assistência à Saúde, de nome fantasia **APAS Saúde Sorocaba**, fundada em 14 de março de 1994 e devidamente registrada no 1º Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Sorocaba, sob o nº 46.172, é uma associação civil, sem fins econômicos, de duração indeterminada, com sede na Rua Conde D'Eu, nº 292 - Vila Boa Vista, CEP: 18030-040, Sorocaba/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº 71.559.272/0001-74, registrada perante a ANS sob nº 41012-8, classificada pela Agência Nacional de Saúde como Autogestão não Patrocinada administrada pelos próprios associados.

Artigo 2º- Por ser Autogestão não Patrocinada, seu objetivo é possibilitar a redução dos custos de sua manutenção, cujos serviços são prestados mediante contraprestação pecuniária sem a finalidade de obtenção de lucro, observando-se os princípios do mutualismo e da solidariedade e, por esse motivo, conforme decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), o Código de Defesa do Consumidor não se aplica às suas atividades.

CAPÍTULO II - DOS FINS

Artigo 3º- A APAS Saúde Sorocaba tem como finalidade operar Planos de Assistência à Saúde, prestando seus serviços através de meios de execução próprios e/ou contratados, mediante credenciamento de terceiros, técnica e legalmente habilitados, para atender seus Beneficiários (Titulares e Dependentes), arrolados no Termo de Adesão e Termo Aditivo de Inclusão de Dependente, se for o caso, a partir da data de assinatura do Termo de Adesão, consoante as disposições do seu Estatuto Social.

§ Único - A APAS poderá celebrar convênios visando o atendimento Odontológico de seus associados e beneficiários.

CAPÍTULO III - DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Artigo 4º- O desempenho das atividades de assistência à saúde pela APAS Saúde Sorocaba, estará limitado à Área Geográfica compreendida pelos seguintes Municípios: Sorocaba, Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Cerquilha, Ibiúna, Iperó, Itu, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto de Pirapora, Salto, São Roque, Tapiraí, Tietê e Votorantim.

CAPÍTULO IV - DAS ATIVIDADES

Artigo 5º- As atividades da APAS Saúde Sorocaba têm por finalidade a Prestação de Serviços continuada de Assistência à Saúde, visando garantir, sem limite financeiro, a assistência médico-hospitalar, objetivando a prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde com cobertura para todas as doenças do CID-10, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656, limitando-se à cobertura descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS QUE REGEM AS ATIVIDADES

Artigo 6º- Estão dispostas neste artigo algumas Leis e Normas que regem s atividades da APAS Saúde Sorocaba:

LEIS

I. Leis:

- a. Lei nº 9.656, de 03/06/1998: Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde
- b. Lei nº 9.961, de 28/01/2000: Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.
- c. Lei nº 13.709, de 14/08/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD): Publicada com o objetivo de regular as atividades de tratamento de dados pessoais em todo o território brasileiro. A LGPD se aplica a qualquer pessoa, natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realize o tratamento de dados pessoais.
 - i. Os § 4º e 5º do Artigo 11 da LGPD esclarecem que é permitida a comunicação ou o uso compartilhado entre controladores de dados pessoais sensíveis referentes à saúde nas hipóteses relativas à prestação de serviços de saúde, de assistência farmacêutica e de assistência à saúde e para os serviços auxiliares de diagnose e terapia em benefício dos interesses dos titulares de dados, desde que não sejam utilizados para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade ou na contratação e exclusão de beneficiários, e que não tenham como objetivo obter vantagem econômica;
 - ii. Está incluída na permissão acima a comunicação ou o uso compartilhado dos dados sensíveis, para possibilitar a portabilidade de dados, quando solicitada pelo titular.

RESOLUÇÕES NORMATIVAS DA ANS

II. Resoluções Normativas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a. **063**, de 22/12/2003: Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.
- b. **137**, de 14/11/2006: Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar
- c. **162**, de 17/10/2007: Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde, e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- d. **186**, de 14/01/2009: Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

- e. **195**, de 14/07/2009: Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
- f. **259**, de 17/06/2011: Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.
- g. **311**, de 01/11/2012: Estabelece critérios mínimos para o exercício de cargo de administrador de operadora de planos privados de assistência à saúde, disciplina o procedimento para o seu cadastramento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.
- h. **323**, de 03/04/2013: Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde.
- i. **355**, de 12/09/2014: Altera a Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, e a Resolução Normativa nº 311, de 1º de novembro de 2012, que estabelece critérios mínimos para o exercício de cargo de administrador de operadora de planos privados de assistência à saúde, disciplina o procedimento para o seu cadastramento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e dá outras providências.
- j. **389**, de 26/11/2015: Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.
- k. **395**, de 14/01/2016: Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.
- l. **428**, de 07/11/2017: Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. É utilizada a publicação mais recente a respeito do assunto.
 - i. **Anexo I** - Rol De Procedimentos E Eventos Em Saúde
 - ii. **Anexo II** - Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar.

RESOLUÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

III. Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU:

- a. **CONSU Nº 06** de 03/11/1998: Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.
- b. **CONSU Nº 13** de 03/11/1998: Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

SÚMULA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

- IV. **Súmula 608-STJ**: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. (STJ. 2ª Seção. Aprovada em 11/04/2018, DJe 17/04/2018).

TÍTULO II - DA ADMINISTRAÇÃO DA ENTIDADE

CAPÍTULO I - DA ADMINISTRAÇÃO

Artigo 7º- A Administração da APAS Saúde Sorocaba será exercida pelo Diretor Presidente, com a colaboração dos demais membros da Diretoria Executiva, conforme competências atribuídas pelo Estatuto.

Artigo 8º- A estrutura organizacional da APAS será composta pelos seguintes Setores internos e Assessorias terceirizadas (Organograma - Anexo I):

§ 1º - Gerência

- I. Coordenadoria Assistencial
 - a. Setor de Convênio de Associados
 - b. Setor de Auditoria e Internações
 - c. Setor de Medicina Preventiva
 - d. Setor de Recepção
 - e. Setor de Consultórios
- II. Coordenadoria Administrativa
 - a. Setor Financeiro
 - b. Setor de Cobranças
 - c. Setor de Suprimentos e Manutenção
 - d. Setor de Contas Médicas
 - e. Setor de Credenciamento Médico
- III. Setor de Recursos Humanos (RH)
- IV. Setor de Tecnologia da Informação (TI) e Proteção de Dados
- V. Setor de Mídias Sociais e Assuntos Regulatórios da ANS

§ 2º - Assessorias e Auditorias Externas:

- I. Assessoria Jurídica
- II. Assessoria Técnica Contábil e Fiscal
- III. Assessoria Técnica Atuarial
- IV. Auditoria Independente
- V. Ouvidoria
- VI. Outras Assessorias necessárias

GERÊNCIA

Artigo 9º- Compete ao Gerente Geral, Coordenadores, Setores e Assessorias, o seguinte:

§ 1º - GERÊNCIA

Será chefiada por um Gerente Geral, a quem compete:

- a. Fazer com que as diretrizes definidas pela Diretoria Executiva sejam cumpridas na sua plenitude e;
- b. Gerenciar as Coordenadorias e o Setor de Recursos Humanos, o Setor da Tecnologia da Informação e o Setor de Mídias Sociais e Assuntos Regulatórios da ANS.
- c. Identificar novas técnicas administrativas e financeiras que possam contribuir para a melhoria dos serviços prestados aos associados.

COORDENADORIA ASSISTENCIAL

I. COORDENADORIA ASSISTENCIAL

Será chefiada por um(a) Coordenador(a) Assistencial, a quem compete:

- i. Planejar, avaliar e coordenar ações voltadas para a saúde dos associados da APAS Saúde Sorocaba
- ii. Analisar indicadores de saúde da APAS no sistema Solus, mapeando risco e realizando estudos de melhorias, quando necessário;
- iii. Analisar, planejar e estabelecer normas técnicas de atenção à saúde;
- iv. Planejar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do associado;
- v. Coordenar as atividades terceirizadas de Auditoria Médica e de Enfermagem;
- vi. Coordenar e administrar as atividades exercidas nos Consultórios internos da APAS;
- vii. Coordenar e definir estratégias para os programas de Atendimento Domiciliar, Medicina Preventiva e demais Programas de Promoção à Saúde desenvolvidas pela APAS;
- viii. Planejar, coordenar e acompanhar as atividades e equipes dos setores: Auditoria e Internação, Contas Médicas e Recepção.

a. Setor de Convênio de Associados

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Manter atualizado o cadastro dos Associados;
- ii. Realizar o processo de adesão de novos associados;
- iii. Proceder às atualizações e alterações cadastrais dos Associados no sistema;
- iv. Realizar a confecção e entrega das carteirinhas dos associados;
- v. Dar informações dos planos vigentes aos interessados em ingressar na Associação;
- vi. Realizar o Processo de Portabilidade e Mudança Contratual, quando for o caso e;
- vii. Realizar o Processo de exclusão de associados.

b. Setor de Auditoria e Internação

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Controlar as internações médicas dos associados;
- ii. Analisar e propor a negativa ou autorização de procedimentos, cirurgias e internações em casos de alto custo ou com exigências técnicas específicas regulamentadas pela ANS;
- iii. Auditar as contas médicas visando conferir os gastos efetuados pelos associados junto aos órgãos e médicos credenciados;
- iv. Assessorar o Setor de Suprimentos e Manutenção no processo de aquisição de OPME (órgãos, próteses e materiais especiais);
- v. Encaminhar à Coordenadoria Assistencial os casos excepcionais que, por não estarem previstos no estatuto ou neste regimento interno, necessitem de solução e;
- vi. Realizar auditorias técnicas nas contas e atendimentos dos prestadores de serviços conveniados.

c. Setor de Medicina Preventiva

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Analisar, encaminhar e, caso aprovado pela Coordenadoria Assistencial, coordenar o serviço de atendimento domiciliar ao Associado, nos casos previstos na legislação vigente;
- ii. Assessorar a Coordenadoria Assistencial no Planejamento e Coordenação das atividades de medicina preventiva tais como outubro rosa, novembro azul, dentre outros;
- iii. Acompanhamento dos associados que estão no programa de cirurgia bariátrica;
- iv. Fazer o acompanhamento de enfermos, por meio de visitas hospitalares e domiciliares e;
- v. Propor melhoria de assistência médica aos associados, quando for o caso.

d. Setor de Recepção

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Expedir guias de atendimento aos associados e prestadores de serviço;
- ii. Expedir guias para associados de outras APAS (intercâmbio);
- iii. Fazer o atendimento ao associado na sede da Associação, presencialmente e/ou por meio virtual;
- iv. Protocolar e encaminhar ao Setor de Auditoria os casos abrangidos por aquele setor e;
- v. Realizar o serviço de agendamento dos consultórios localizados na sede da Associação.

e. Setor de Consultórios

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Acompanhar as atividades da empresa contratada para a prestação de consultas e terapias;
- ii. Manter a empresa contratada informada sobre as necessidades da APAS;
- iii. Definir o melhor horário de atendimento dos profissionais;
- iv. Solicitar troca de médicos ou terapeutas que não atendam às necessidades da APAS;
- v. Disponibilizar equipamentos e materiais para atendimento do associado e;
- vi. Responsabilizar-se pelo serviço de limpeza e manutenção das salas.

COORDENADORIA ADMINISTRATIVA**II. COORDENADORIA ADMINISTRATIVA**

Será chefiada por um(a) Coordenador(a) Administrativo(a), a quem compete:

- i. Coordenar as atividades de contas a pagar e a receber;
- ii. Definir com o Gerente Geral as estratégias administrativas e coordenar a negociação do credenciamento de Médicos, clínicas e hospitais;
- iii. Propor ao Gerente Geral e coordenar as manutenções prediais periódicas ou emergenciais da APAS;
- iv. Efetuar o controle e variação de gastos, definindo Metas e Cronogramas;
- v. Controlar os recursos da empresa, visando assegurar o cumprimento das obrigações financeiras;
- vi. Analisar fluxo de caixa e elaborar projeções de faturamento, a fim de identificar melhorias no desempenho econômico-financeiro da APAS e;

- vii. Planejar, coordenar e acompanhar as atividades dos Setores: Financeiro, Cobrança, Credenciamento Médico, Convênio de Associados e Suprimentos e Manutenção.

a. Setor Financeiro

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Contabilizar os atendimentos e gastos ocorridos, mês a mês, de cada Beneficiário, elaborando os demonstrativos contábeis;
- ii. Pagar todas as contas arcadas pela Associação, inclusive tributos;
- iii. Controlar as contas bancárias da Associação;
- iv. Realizar a conciliação bancárias das contas da Associação e;
- v. Elaborar os extratos de coparticipação dos associados.

b. Setor de Cobranças

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Preparar a cobrança da contribuição mensal dos associados;
- ii. Negociar com o associado o valor das parcelas de ressarcimentos oriundas de despesas médicas e;
- iii. Realizar a cobrança, ressarcimento e negociação de dívidas dos associados.

c. Setor de Suprimentos e Manutenção

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Solicitar os materiais e equipamentos necessários para aprimorar o atendimento aos Beneficiários;
- ii. Cadastrar, zelar, contabilizar e administrar os bens móveis e imóveis da Associação;
- iii. Conservar e cuidar para que os bens móveis e imóveis se mantenham em condições de uso;
- iv. Acompanhar todos os processos de construção civil que forem contratados;
- v. Realizar pesquisa de preços e elaborar os processos de compra dos materiais e medicamentos da Associação, inclusive OPME;
- vi. Fazer o controle de estoque;
- vii. Controlar os bens e patrimônios da Associação;
- viii. Elaborar os inventários e;
- ix. Realizar a manutenção das instalações da sede da Associação.

d. Setor de Contas Médicas

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Receber, conferir e aprovar as contas médicas, lançando-as no Sistema;
- ii. Ajustar os códigos e erros de arquivos XML no sistema e posterior faturamento e fechamento das contas;
- iii. Lançar os honorários médicos das contas de internações;
- iv. Lançar em sistema os honorários médicos de prestadores credenciados;
- v. Enviar mala direta informando o valor para emissão de nota fiscal;
- vi. Receber e analisar os recursos de glosa fechamento de contas de outras APAS (intercâmbio) e;
- vii. Enviar Relação de Previsão de despesas para o setor financeiro.

e. Setor de Credenciamento Médico

Compete ao responsável pelo Setor:

- i. Manter permanente contato com as entidades conveniadas para cumprimento legal das normas Estatutárias e Regimentais, deixando o banco de dados da Rede Credenciada sempre atualizado;
- ii. Elaborar os convênios com os profissionais e entidades para assistência aos Beneficiários;
- iii. Assessorar nos estudos para elaboração de convênios médicos, hospitalares e laboratoriais, para apreciação e decisão das instâncias superiores;
- iv. Realizar a análise de propostas e sugestões de credenciamento e descredenciamento médico e suas extensões contratuais e;
- v. Fazer a negociação de contratos e honorários médicos com a rede credenciada inclusive os reajustes solicitados e/ou pactuados.

SETOR DE RECURSOS HUMANOS**III. SETOR DE RECURSOS HUMANOS**

Compete ao responsável pelo Setor:

- a. Assessorar o Gerente Geral na contratação, demissão de colaboradores, assim como, orientação e fiscalização inerentes à área de recursos humanos;
- b. Elaborar a folha de pagamento dos funcionários da Associação e profissionais autônomos da rede credenciada, bem como elaboração de Manuais de Procedimentos e Condutas;
- c. Elaborar a remessa de todas as obrigações acessórias rotineiras aos órgãos governamentais;
- d. Supervisionar o serviço terceirizado na sede da Associação (limpeza e segurança);
- e. Orientar e zelar pelo cumprimento de normas de saúde e segurança do trabalho, conforme legislação vigente;
- f. Fiscalizar e controlar a situação fiscal da Associação perante os órgãos governamentais;
- g. Supervisionar e controlar os contratos de estagiários e aprendizes;
- h. Administrar os benefícios dos funcionários da Associação;
- i. Arquivar e manter organizados os documentos da Associação;
- j. Assessorar o Gerente Geral na administração de cargos e salários (discriminação das funções e reajustes salariais quando for o caso) e;
- k. Assessorar o Ouvidor da Associação no cumprimento de suas atribuições definidas pela ANS.

SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO DE DADOS**IV. SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI) E PROTEÇÃO DE DADOS**

Compete ao responsável pelo Setor:

- a. Dar o suporte e manutenção de rede, hardware e software da sede da Associação;
- b. Realizar a manutenção da rede de telefonia da sede da Associação;
- c. Dar o suporte técnico e manutenção do site da Associação hospedado na Internet;
- d. Preparar relação mensal de descontos dos usuários do sistema e encaminhar os dados à CIP (Câmara Interbancária de Pagamentos) para fins de lançamento no holerite dos Associados junto à SPPrev (São Paulo Previdência) e ao órgão técnico

- da PMESP (Polícia Militar do Estado de São Paulo);
- e. Preparar e encaminhar mensalmente o Relatório de procedimentos realizados nos beneficiários à Cruz Azul de São Paulo, conforme previsto em convênio; e
- f. Dar suporte ao DPO, Gerente Geral e RH no gerenciamento, controle e proteção de dados relativos aos funcionários, beneficiários e prestadores de serviço.

SETOR DE MÍDIAS SOCIAIS E ASSUNTOS REGULATÓRIOS DA ANS

V. SETOR DE MÍDIAS SOCIAIS E ASSUNTOS REGULATÓRIOS DA ANS

Compete ao responsável pelo Setor:

- a. Realizar o acompanhamento e controle das atualizações das normas expedidas pela ANS;
- b. Realizar o controle, conferência e execução de toda documentação regular extraordinária ou periódica, exigidas pela ANS;
- c. Orientar os setores da Associação a respeito de atualizações e procedimentos constantes nas normas vigentes publicadas pela ANS;
- d. Promover a divulgação das atividades da associação nas mídias sociais e;
- e. Zelar para a manutenção de elevado nível de relacionamento com os públicos interno e externo.

ASSESSORIAS E AUDITORIAS EXTERNAS

§ 2º - Assessorias e Auditorias Externas

I. **Assessoria Jurídica:** Empresa ou Advogado contratado para:

- a. Dar suporte jurídico à Administração da APAS, atendendo suas necessidades legais, prestando consultoria e assessoria jurídica na esfera administrativa, extrajudicial e judicial, para propositura ou defesa de demandas, dando todo suporte em garantia de seus direitos e interesses, assim como realizar orientações jurídicas, na elaboração de contratos, pareceres, notificações extrajudiciais, cobranças, mediações, conciliações, defesas administrativas e lides judiciais;
- b. Prestar consultoria e assessoria jurídica quando requeridas pela Administração da APAS ou sua Diretoria, explanando as medidas judiciais cabíveis, bem como solicitando os documentos e provas necessárias ao deslinde da demanda e;
- c. Realizar cobrança extrajudicial ou judicial de inadimplentes.

II. **Assessoria Técnica Contábil e Fiscal:** Empresa contratada para:

- a. Prestar serviços na área contábil e fiscal;
- b. Realizar a classificação e escrituração da contabilidade, de acordo com as normas e princípios contábeis vigentes;
- c. Realizar a apuração de balancetes;
- d. Elaborar Balanço Anual e Demonstrativo de Resultados;
- e. Elaborar e enviar trimestralmente o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) Financeiro/ Cadastral;
- f. Orientar e controlar a aplicação dos dispositivos legais vigentes sejam federais, estaduais ou municipais;
- g. Atender às demais exigências previstas em atos normativos, bem como de eventuais procedimentos de fiscalização tributária e;
- h. Elaborar a declaração anual de rendimentos e documentos correlatos da APAS.

III. **Assessoria Técnica Atuarial:** Empresa contratada para:

- a. Atuar como Responsável Técnico Atuarial da APAS perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

- b. Acompanhar, orientar e auxiliar quanto aos processos da APAS em andamento na ANS;
- c. Intermediar, quando solicitado, a comunicação entre a APAS e a ANS;
- d. Examinar periodicamente o DIOPS da APAS para efeito de ajustamento do valor do Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) ou da Margem de Solvência necessários para atender às regras da ANS;
- e. Realizar Análise de DIOPS;
- f. Acompanhar e analisar anualmente os resultados do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), no período entre a sua publicação prévia e a definitiva.
- g. Elaborar o processo de Registro de novos Produtos, confeccionando as Notas Técnicas para Registro e Atualização de Produtos;
- h. Examinar periodicamente os Regulamentos e/ou Contratos da APAS no que diz respeito aos benefícios de assistência à saúde, para efeito de ajustamentos aos dispositivos legais vigentes, com o fim de deles extrair o conjunto de obrigações e direitos que compõem o Plano;
- i. Auxiliar a Operadora nos Cálculos das Provisões Técnicas e;
- j. Elaborar estudo Técnico Atuarial da Sinistralidade dos Planos Ativos, a fim de estabelecer o índice do reajuste anual das mensalidades.

IV. Auditoria Independente.

Empresa contratada para auditar as contas e processos internos da APAS, apresentando PARECER à administração, contendo o resultado dos trabalhos, a fim de dar cumprimento às normas regulamentares de prestação de Assistência Médica Hospitalar.

V. Ouvidoria.

É uma unidade de segunda instância, que tem por objetivo ouvir o beneficiário, por meio de suas manifestações, mediar eventuais conflitos e aperfeiçoar o processo de trabalho da APAS.

Tem a responsabilidade de receber reclamações, sugestões, consultas e elogios em relação às atividades da APAS, em segundo nível de atendimento, ou seja, não substitui nenhum Serviço de Atendimento da APAS, que continua a prestar o atendimento em primeiro nível.

- a. **Ouvidor:** Associado designado pela Diretoria para exercer a função de Ouvidor, sem remuneração, conforme as normas publicadas pela ANS.
- b. **Atribuições da Ouvidoria:**
 - i. Receber, analisar e dar resposta às reclamações, sugestões, consultas e elogios registrados pelo beneficiário em relação à prestação de serviço da operadora de planos privados de assistência à saúde, bem como de seus credenciados, quando não forem solucionadas no âmbito do primeiro atendimento;
 - ii. Encaminhar às áreas internas da operadora as manifestações recebidas, acompanhando as providências adotadas e assegurando para que a resposta seja devidamente encaminhada ao beneficiário;
 - iii. Mediar os eventuais conflitos entre o beneficiário e a operadora;
 - iv. Elaborar relatório estatístico e analítico;
 - v. Apresentar à Diretoria Executiva os relatórios com as principais manifestações e ações de melhoria;

- vi. Propor a correção de eventuais falhas no atendimento ou no processo interno de trabalho;
- vii. Encaminhar o relatório anual para a Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

CAPÍTULO II - DO CONSELHO FISCAL

SEÇÃO I - DO CONSELHO FISCAL

Artigo 10 - O Conselho Fiscal será o representante dos associados na sua função fiscalizadora, acompanhando a atuação dos administradores e defendendo os interesses da Associação.

Artigo 11 - O Conselho Fiscal deverá emitir pareceres e relatórios a respeito do resultado do exame dos documentos de escrituração e balancete, apresentando-os à Diretoria.

Artigo 12 - A Administração da APAS Saúde Sorocaba prestará o apoio necessário ao funcionamento do Conselho Fiscal, provendo-o dos meios necessários à consecução de suas atribuições.

CAPÍTULO III - DO PROCESSO ELEITORAL

Artigo 13 - Poderá participar de processo eleitoral como integrante da Chapa concorrente às eleições, o associado (a), pertencente à categoria Nato, com mais de 2 anos de filiação e quite com suas obrigações estatutárias junto à APAS.

§ Único - No ato da inscrição da Chapa que pretende concorrer às eleições, o associado terá que declarar em documento, que não incorre nas restrições para o exercício do cargo de Administrador, elencadas na RN 311, de 01 de novembro de 2012, bem como que atende a todos os requisitos exigidos por aquela Resolução Normativa, expedida pelo órgão regulador oficial de saúde suplementar.

Artigo 14 - Preencher as condições previstas nas Resoluções Normativas da ANS, que tratam dos critérios para o exercício de cargo de administrador de operadora de planos privados de assistência à saúde.

Artigo 15 - A Diretoria Executiva e o Conselho Fiscal serão eleitos em Assembleia Geral por meio de voto secreto ou por aclamação, em caso de chapa única. Os eleitos exercerão seus mandatos por um período de 04 anos, podendo seus membros serem candidatos à reeleição, uma única vez para o mesmo cargo.

Artigo 16 - Até 30 dias antes das eleições, o candidato à presidência da Diretoria Executiva da APAS deverá registrar sua chapa completa junto ao Gerente Geral da Associação, mediante ofício, que será devidamente protocolado, para fins de comprovação da tempestividade do registro.

Artigo 17 - A Comissão Eleitoral terá até 05 dias úteis para analisar as Chapas inscritas, emitindo parecer oficializando ou não as Chapas.

§ 1º - No parecer apresentará as justificativas para o indeferimento da(s) chapa(s), apontando as irregularidades apresentadas;

- § 2º** - Diante do indeferimento da inscrição da chapa, o Presidente desta terá até 03 dias úteis, improrrogáveis, para sanar as irregularidades apontadas pela Comissão Eleitoral;
- § 3º** - Apresentadas as correções no prazo, a Comissão Eleitoral terá até 03 dias úteis para analisar os documentos apresentados e emitir seu parecer final.

SEÇÃO I - DOS ELEITORES

Artigo 18 - Somente terão direito de votar os Associados Titulares das categorias Nato e Assemelhado, maiores de 18 anos, que estiverem em dia com suas obrigações financeiras perante a Associação até o dia anterior à eleição.

SEÇÃO II - DA COMISSÃO ELEITORAL

Artigo 19 - A Comissão Eleitoral, que será designada pela Diretoria Executiva 60 dias antes da eleição, terá os poderes e meios necessários, para organizar e realizar o pleito eleitoral, conforme as atribuições definidas no Estatuto Social e neste Regimento Interno.

§ Único - A Comissão Eleitoral será formada por 05 associados da Categoria Nato que estejam em gozo dos direitos sociais, que não exerçam cargos na APAS, e que não sejam candidatos ou parentes destes.

Artigo 20 - A Comissão Eleitoral considerar-se-á empossada logo que designada, e dissolvida com a proclamação dos resultados.

TÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO ASSOCIATIVA

CAPÍTULO I - DO QUADRO ASSOCIATIVO

Artigo 21 - O quadro de associados da APAS Saúde Sorocaba, de número ilimitado, é constituído pelos titulares enquadrados no Artigo 6º do Estatuto Social.

§ Único - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

CAPÍTULO II - DA ADMISSÃO E READMISSÃO

Artigo 22 - São condições para o ingresso no quadro associativo:

- I. Enquadrar-se na categoria Nato ou Assemelhado, de acordo com as condições previstas no Artigo 6º do Estatuto;
- II. Aceitar as disposições do Estatuto e Regimento Interno;
- III. Ter sua solicitação de admissão formalizada, mediante assinatura da proposta de adesão ao quadro associativo, aceita pela Diretoria Executiva.

Artigo 23 - A Adesão de associado na categoria “Assemelhado” deverá estar condicionada à comprovação do vínculo do grupo familiar a seguir elencado:

- I. CONSANGUÍNEOS EM 1º GRAU
 - a. Pai, mãe;
 - b. Filhos maiores de 25 anos e;
 - c. Filhos emancipados, com qualquer idade.

- II. CONSANGUÍNEOS EM 2º GRAU
 - a. Irmãos e;
 - b. Netos.
- III. CONSANGUÍNEOS EM 3º GRAU
 - a. Tios;
 - b. Sobrinhos e,
 - c. Bisnetos.
- IV. CONSANGUÍNEOS EM 4º GRAU
 - a. Primos;
 - b. Sobrinhos-netos e;
 - c. Trinetos.
- V. AFINIDADE EM 1º GRAU
 - a. Sogros;
 - b. Enteados maiores de 25 anos;
 - c. Enteados emancipados, com qualquer idade e;
 - d. Genros e Noras.
- VI. AFINIDADE EM 2º GRAU
 - a. Cunhados e;
 - b. Netos do cônjuge ou companheiro (a).

§ 1º - O vínculo de parentesco ou afinidade deverá ser comprovado por ocasião da admissão ao quadro associativo, ficando os documentos comprobatórios arquivados no prontuário de subscrição do associado ou digitalizados no banco de dados da associação, para fins de consulta.

§ 2º - Poderá permanecer como associado, na categoria Assemelhado, o ex-cônjuge que anteriormente era associado como Beneficiário de membro Nato.

§ 3º - Também poderá associar-se na Categoria Assemelhado o dependente do Civil que tenha vínculo empregatício com a APAS, limitando-se ao cônjuge, companheiro(a) e filhos.

Artigo 24 - O pedido de adesão ao quadro associativo, para as categorias Nato e Assemelhado, deverá estar acompanhado dos seguintes documentos:

- I. Certidão de Nascimento ou Casamento atualizados;
- II. Escritura Pública de União Estável atualizada;
- III. Certidão de casamento com averbação da separação judicial ou divórcio, quando o pretendente associado, que no momento do pedido mantém união estável, já tiver sido casado, ou certidão de óbito se for o caso;
- IV. Comprovante de vínculo consanguíneo ou por afinidade com o associado, “de cujus” da categoria Nato, se pretendente à categoria Assemelhado;
- V. Cédula de Identidade, ou outro documento análogo, que tenha fé pública;
- VI. Cadastro de Pessoa Física;
- VII. Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- VIII. Comprovante de residência atual e;
- IX. Cópia do último holerite, se pretendente à categoria Nato.

§ 1º - A administração da APAS poderá, em qualquer tempo, realizar **Recadastramento** dos associados, quando serão exigidos os seguintes documentos:

- a. Certidão de Casamento atualizada (quando for o caso);
- b. Certidão de Nascimento atualizada dos beneficiários (quando for o caso);
- c. Declaração de convivência comum com firma reconhecida das assinaturas;

- d. Comprovante de residência atualizado e;
- e. Cópia do último holerite ou da Funcional atualizada, aos que forem da categoria Nato.

§ 2º - O associado que não realizar o Recadastramento no prazo estabelecido pela administração, passará a retirar as guias de atendimento, para si e seus beneficiários somente na sede da Associação até que sua situação seja regularizada.

Artigo 25 - O Associado desligado do quadro associativo a pedido ou excluído por qualquer motivo poderá ser readmitido, desde que, além de cumprir os requisitos para a admissão, não possua débito junto à entidade e seja aprovado pela Diretoria Executiva.

CAPÍTULO III - DA INSCRIÇÃO E PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Artigo 26 - É facultado ao associado titular a inclusão de Beneficiários mediante a assinatura do pedido de inclusão.

Artigo 27 - Serão considerados beneficiários e, portanto, pertencentes ao grupo familiar do titular, os seguintes Beneficiários (dependentes):

- I. Cônjuge;
- II. A companheira (o), desde que haja vida em comum ou se resultou filho da união;
- III. O filho (a) ou enteado (a) com menos de 25 anos, solteiro, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, desde que devidamente comprovado;
- IV. O beneficiário com menos de 25 anos, do qual o associado titular detenha a guarda, tutela ou curatela judicial;
- V. O irmão, neto ou bisneto, se arrimo dos pais, com menos de 25 anos solteiro, desde que o associado titular tenha a guarda, tutela ou curatela judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado para o trabalho, desde que devidamente comprovado;
- VI. O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

§ Único - A inclusão posterior de Beneficiário, na categoria assistencial em que o titular tiver aderido, sujeita o recém beneficiário ao cumprimento de eventuais carências existentes.

Artigo 28 - A condição de Beneficiário (dependente) do titular, a que se referem os incisos I a V do artigo anterior, comprova-se mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- I. Cônjuge e Filhos: Certidões de Casamento e Nascimento, respectivamente.
- II. Companheiro ou Companheira:
 - a. Documento de Identidade e certidão de casamento com a averbação da separação judicial ou divórcio, quando um dos companheiros, ou ambos, já tiverem sido casados, ou de óbito, se for o caso.
 - b. Declaração de União Estável firmada e registrada em cartório;
- III. Equiparado a filho: Certidão Judicial de guarda, tutela ou curatela.

§ Único - No caso de Beneficiário (dependente) inválido, maior de 25 anos, essa situação deverá ser devidamente comprovada, mediante exame médico-pericial.

Artigo 29 - A inclusão de Beneficiário poderá ser feita a qualquer tempo após a assinatura do Termo de Adesão e Termo Aditivo de Inclusão de Dependente, e dependerá de anuência da Administração da APAS, ficando sob a responsabilidade do Titular a apresentação de documentos que comprovem a dependência/vínculo.

§ Único - Independentemente da data da assinatura do Termo de Adesão e/ou Termo Aditivo, a inclusão do novo associado somente será efetivada no 1º dia do mês subsequente, quanto então será iniciada a contagem dos prazos de carência contratual e início da cobrança da mensalidade.

Artigo 30 - A perda da qualidade de Beneficiário ocorre:

- I. Para o cônjuge: pela separação judicial ou divórcio, pela anulação do casamento, pelo óbito ou pela sentença judicial transitada em julgado;
- II. Para a(o) companheira(o): pela cessação da união estável com o titular;
- III. Para o filho de qualquer condição ou ao equiparado a filho: ao completar 25 anos de idade, exceto se inválidos devidamente comprovado;
- IV. Para Beneficiários (dependentes) em geral:
 - a. pelo casamento, para aqueles previstos nos incisos III, IV e V do artigo 27;
 - b. pela cessação da invalidez;
 - c. pelo falecimento.

Artigo 31 - A perda da qualidade de Beneficiário poderá ainda ocorrer nas seguintes situações:

§ 1º - Pela perda do vínculo com a PMESP;

§ 2º - Pela prática de fraude pelo beneficiário, apurada de acordo com as normas estatutárias da Associação;

§ 3º - Pelo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, havidos nos últimos 12 meses de vigência, desde que o beneficiário seja comprovadamente avisado até o 50º dia, por quaisquer meios.

Artigo 32 - No caso da exclusão do Beneficiário (Titular e/ou dependente), o Titular obriga-se a devolver, incontinenter, à APAS, os cartões de identificação (Carteirinhas) dos beneficiários, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes ao eventual uso indevido.

CAPÍTULO IV - DO DESLIGAMENTO DO QUADRO ASSOCIATIVO

Artigo 33 - São formas de desligamento do quadro associativo:

- I. A pedido do interessado;
- II. Exclusão *ex officio*;
- III. Exclusão administrativa por descumprimento de normas estatutárias.

Artigo 34 - O beneficiário titular poderá solicitar seu desligamento e/ou de beneficiário dependente, presencialmente na sede da APAS, por meio de atendimento telefônico ou por meio da página da APAS na internet.

Artigo 35 - A exclusão *ex officio* do associado titular ocorrerá quando este pedir exoneração, for demitido ou expulso da Polícia Militar do Estado de São Paulo, ou por ocasião do falecimento do titular.

§ 1º - A(O) Pensionista do associado titular falecido(a) terá o prazo de 90 dias após o óbito, para requerer a sua continuidade e de eventuais Beneficiários (dependentes) do titular no plano, sendo lhes dispensadas eventuais carências.

§ 2º - Os Beneficiários, dependentes do associado(a) falecido(a), observadas as disposições legais, assumirão as contribuições e os débitos eventualmente deixados pelo(a) titular, conforme legislação vigente.

Artigo 36 - A Exclusão Administrativa ocorrerá após a devida apuração, nos casos de fraude, inadimplência e descumprimento de normas estatutárias da Associação.

CAPÍTULO V - DAS PENALIDADES

Artigo 37 - Ao Beneficiário que infringir as regras estatutárias estabelecidas, poderá sofrer as seguintes penalidades, após a devida apuração mediante procedimento administrativo regular, com garantia dos princípios do contraditório e da ampla defesa, atendidas as formalidades legais:

§ 1º - **Advertência:** A Advertência escrita será aplicada quando o Beneficiário (titular ou dependente) cometer infrações de menor gravidade em que não caibam as penalidades de suspensão ou exclusão;

§ 2º - **Suspensão:** O beneficiário que tiver mais de 2 advertências em 12 meses poderá ser suspenso de 30 a 90 dias;

§ 3º - **Exclusão:** Será passível de pena de exclusão do quadro associativo o beneficiário que:

- I. Fizer uso indevido do sistema de saúde, havendo envolvimento de pecúnia, será excluído do quadro associativo, além de ficar responsável pelo ressarcimento integral da despesa efetuada;
- II. Ter atitude desrespeitosa para com funcionários da APAS Saúde Sorocaba, corpo clínico credenciado, representantes de instituições conveniadas e diretores da entidade;
- III. Que, comprovadamente, tenha cometido quaisquer das seguintes infrações:
 - a. Infringir normas estatutárias, regimentais ou quaisquer disposições legais que causem graves prejuízos à Associação;
 - b. Provocar, sem motivo plenamente justificado, desvios nos recursos assistenciais colocados à sua disposição;
 - c. Incurrer no cometimento das infrações previstas nos parágrafos 2º e 3º do artigo 31 deste Regimento.
 - d. Deixar de saldar débitos de mensalidade e/ou coparticipação;
- IV. Apresentando ou não a defesa, o Presidente da Diretoria Executiva decidirá em 05 dias úteis a respeito do procedimento administrativo apuratório, devidamente fundamentado, cabendo recurso ao beneficiário, no prazo de 05 dias, após ser cientificado da decisão.
- V. No caso de recurso do beneficiário, caberá a sua apreciação por parte da Diretoria Executiva em reunião ordinária.

CAPÍTULO I - DA DINÂMICA DE ATENDIMENTO

Artigo 38 - Para fazer uso dos serviços assistenciais, o associado deverá observar os seguintes procedimentos:

- I. **Consulta presencial:** Pessoalmente na sede da APAS Saúde Sorocaba ou no prestador credenciado, onde far-se-á a expedição de guia, que deve ser assinada pelo associado. No caso de prestadores credenciados que não estejam habilitados para expedição de guias, o associado deverá retirá-las na sede da APAS;

- II. **Teleatendimento:** Essa modalidade de atendimento é extraordinária e poderá ser disponibilizada pela APAS em algumas situações, por períodos determinados e com prestadores previamente estabelecidos, à critério da administração. Os processos para viabilizar essa forma de atendimento serão estabelecidos pela administração e disponibilizados aos associados e prestadores envolvidos;
- III. **Exames complementares:** De posse do pedido médico para exames complementares, o associado deverá proceder da mesma forma descrita no inciso anterior;
- IV. **Internações:** Nas internações para tratamento clínico, o interessado, deverá protocolar o pedido médico de Internação, na Recepção da APAS, que encaminhará ao Setor de Auditoria para análise e posterior deliberação, dentro dos prazos determinados pela ANS conforme RN nº 259;
- V. **Internações ou atendimentos de urgência ou emergência:** Nos atendimentos referentes a internações ou atendimentos de urgência/emergência, o interessado deverá procurar prestador credenciado, onde far-se-á a expedição de guia, que deve ser assinada pelo associado;
- VI. **Cirurgias:** O interessado, de posse do pedido médico, deverá dirigir-se à sede da APAS Saúde Sorocaba, que lhe fornecerá um protocolo da cirurgia eletiva, para análise do setor de auditorias dentro dos prazos determinados pela ANS e, em casos de cirurgias de urgência, o pedido médico deverá vir acompanhado de laudo, justificando o procedimento a ser realizado, para posterior análise do Médico Auditor da APAS;
- VII. **Para cirurgias de alto grau de complexidade:** Serão analisadas pelo médico auditor, com embasamento no Rol de procedimentos da ANS e Diretrizes de Utilização, sendo emitido um protocolo ao interessado, devendo o pedido ser analisado dentro dos prazos determinados;
- VIII. **Os procedimentos de urgência e emergência** deverão ser realizados conforme consta na Seção IV do Capítulo II do Título IV deste Regimento e, posteriormente, analisados pelo médico auditor, a fim de avaliar se a situação apresentada caracterizava ou não a urgência ou emergência.
 - § 1º - Em todas essas situações presenciais, é imprescindível a apresentação da credencial da APAS (carteirinha), acompanhada de um documento de identificação e;
 - § 2º - Nos casos excepcionais em que o beneficiário e/ou responsável estiver impossibilitado de assinar a guia de atendimento, deverá comunicar o fato à APAS, por e-mail, WhatsApp ou outro aplicativo de comunicação virtual utilizado pela APAS, justificando sua impossibilidade de assinar a guia e autorizando outra pessoa a assinar em seu lugar, informando o nome completo e o CPF dessa pessoa, a fim de que o Setor de Contas Médicas possa fazer a validação e posterior pagamento.

Artigo 39 - Os associados deverão zelar pelo cumprimento de todas as normas estatutárias e regimentais, defendendo os interesses da Associação, para benefício de todo o quadro associativo.

Artigo 40 - Compete ao Associado trazer ao conhecimento da Administração o relato sobre atendimentos inadequados por parte dos Prestadores de Serviços Credenciados.

Artigo 41 - Excetuando-se as consultas e os procedimentos que não sejam de alta complexidade e que possuam Diretriz de Utilização, as demais solicitações deverão ser protocoladas na Recepção a fim de serem encaminhadas ao Setor de Auditoria, onde serão analisadas conforme normas constantes no Rol de Procedimentos mais atual, publicado pela Agência nacional de Saúde Suplementar (ANS).

CAPÍTULO II - COBERTURA ASSISTENCIAL

Artigo 42 - A APAS assegurará aos beneficiários a cobertura básica que compreende a todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde, desde que constem no Rol de Procedimentos e Eventos vigente a época do evento, e no que couber, atendendo as Diretrizes de Utilização dadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Artigo 43 - Independentemente do local de origem do evento e circunstância, será assegurado o atendimento desde que respeitadas: a segmentação, área de abrangência geográfica da Associação, rede de prestadores de serviços da APAS, além dos prazos de carência e Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

Artigo 44 - A APAS Saúde Sorocaba não se responsabilizará por fatos ou atos de âmbito pessoal ocorridos durante o atendimento realizado por profissional ou órgão conveniado.

Artigo 45 - As cirurgias Bariátricas estão sujeitas ao que estabelece o protocolo APAS, para a sua liberação. Os associados deverão recorrer aos médicos, psicólogos e nutricionistas previamente designados, desde que sejam credenciados pela Associação.

SEÇÃO I - COBERTURA AMBULATORIAL

Artigo 46 - A cobertura Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em Consultório ou Ambulatórios, definidos e listados no Rol de Procedimentos da ANS, e de acordo com as diretrizes de utilização, vigentes à época do evento, desde que respeitados os prazos de carência, conforme a seguir definidos.

Artigo 47 - Cobertura de Consultas Médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

§ Único - Para efeito do disposto neste artigo, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

Artigo 48 - Cobertura de Serviços de Apoio Diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

Artigo 49 - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA e que constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

Artigo 50 - Consultas e sessões com Nutricionista, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e conforme indicação do médico assistente;

Artigo 51 - Cobertura dos 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.

Artigo 52 - Cobertura para os seguintes procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

- I. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- II. quimioterapia oncológica ambulatorial;
- III. radioterapia ambulatorial;
- IV. procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- V. hemoterapia ambulatorial; e
- VI. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Artigo 53 - A atenção prestada aos Portadores de Transtornos Mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, possuem cobertura obrigatória desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

Artigo 54 - Os procedimentos ambulatoriais realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuro-navegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, terão cobertura assegurada somente quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento, e desde que realizados dentro da área de abrangência de atendimento da Associação.

SEÇÃO II - COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Artigo 55 - A Assistência Médica Hospitalar, finalidade precípua da Entidade, será operacionalizada de acordo com as modalidades descritas neste Regimento Interno.

Artigo 56 - Durante a internação clínica, inclusive a psiquiátrica e/ou cirúrgica, a APAS garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, respeitando a área de abrangência geográfica, carências já cumpridas e Rol de Procedimentos vigente à época do evento, os seguintes serviços hospitalares:

- I. Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, com exceção das internações psiquiátricas, cujo prazo exceda a 30 dias por ano de contrato, contínuos ou não, quando será cobrada do associado coparticipação de 50% do valor pago ao prestador, sem teto máximo para cobrança. O percentual referenciado poderá ser majorado de acordo com a legislação vigente a época do evento.
- II. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, nos casos em que houver indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada em estabelecimentos próprios, credenciados ou contratados pelo plano. Já, na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento.
- III. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- V. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição

- do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VI.** Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
 - VII.** Cobertura da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica especificada neste Regimento, sempre atendendo às Normas estabelecidas pela ANS;
 - VIII.** Cobertura das despesas de alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico, nos seguintes casos:
 - a.** crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - b.** idosos a partir dos 60 anos de idade;
 - c.** pessoas portadoras de necessidades especiais e;
 - d.** acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
 - IX.** Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade odontológica, 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;
 - X.** 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;
 - XI.** Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar respeitando o disposto no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento:
 - a.** hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b.** quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
 - c.** radioterapia;
 - d.** hemoterapia;
 - e.** nutrição parenteral e enteral;
 - f.** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g.** embolizações e radiologia intervencionista;
 - h.** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - i.** procedimentos de reeducação e reabilitação física;
 - j.** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento e legislação específica que normatiza estes procedimentos, exceto fornecimento de medicação de manutenção
 - XII.** Cobertura de cirurgias plásticas reconstrutivas de mamas, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
 - XIII.** Cirurgias plásticas reparadoras quando efetuada para restauração de órgãos e funções

conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.

- XIV.** Atendimento obstétrico, compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério, inclusive de um acompanhante indicado pela parturiente, durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- XV.** Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Associado Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto ou adoção, respeitando os prazos de carência já cumpridos pelo pai ou mãe;
- XVI.** Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento e legislação específica que normatiza estes procedimentos.

Artigo 57 - A APAS Saúde Sorocaba não se responsabilizará por despesas extraordinárias do usuário internado.

Artigo 58 - O Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental - CID 10, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo as seguintes coberturas:

- I.** Custeio integral de pelo menos 30 dias de internação;
- II.** Nas internações psiquiátricas o custeio parcial por parte do beneficiário, será fixado, excepcionalmente, a partir do 31º dia de internação, com a coparticipação na ordem de 50% do total das despesas auferidas.

Artigo 59 - A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

Artigo 60 - Os procedimentos hospitalares realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuro-navegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas terão cobertura assegurada somente quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos vigente à época do evento.

Artigo 61 - A APAS Saúde Sorocaba é competente para realizar, por intermédio do setor de auditorias, ou por profissionais devidamente habilitados e contratados, todas as perícias médicas, exames e inspeções, visando à fiscalização dos serviços conveniados. Nesse mesmo sentido, a Associação se obriga a apurar eventuais irregularidades, notificadas por escrito pelos associados, cientificando-os das medidas tomadas.

SEÇÃO III - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Artigo 62 - Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regimento Interno, e os provenientes dos seguintes casos:

- I.** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da APAS e sem atendimento às condições previstas no Plano escolhido;
- II.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendidos como aqueles que empregam medicamentos, produtos ou técnicas não registrados ou não regularizados no país, considerados como experimentais pelo Conselho Federal de Medicina, ou que não possuam indicação descrita na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- III.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

- IV. Inseminação artificial, fertilização in vitro ou outros métodos de contracepção não naturais;
- V. Tratamento de rejuvenescimento com a finalidade estética ou de emagrecimento, clínica de repouso, SPA, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidado médico em ambiente hospitalar;
- VI. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados e não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- VII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial, medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar listados no Rol de Procedimentos vigentes na época do evento e medicamentos de controle adversos e adjuvantes de uso domiciliar;
- VIII. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- IX. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes
- X. Internação domiciliar, bem como o denominado serviço de home-care;
- XI. Despesas com procedimentos caracterizados no Rol de Procedimentos vigente à época que possuem cobertura exclusiva na segmentação odontológica.
- XII. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do Plano contratado;
- XIII. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XIV. Aplicação de vacinas;
- XV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVI. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XVII. Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- XVIII. Cirurgias plásticas, exceto as reparadoras que estejam causando problemas funcionais e as reconstrutivas de mama, para mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XIX. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XX. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou que não apresente as diretrizes de utilização estabelecidas pelo rol em vigor; e
- XXI. Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência da APAS, bem como despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares, prestados por médicos ou entidades não pertencentes à rede de prestadores credenciados, por mera liberalidade de escolha do beneficiário.
- XXII. Despesas hospitalares extraordinárias, tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos;
- XXIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXIV. Avaliações pedagógicas;
- XXV. Orientações vocacionais;
- XXVI. atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar;
- XXVII. Assistência médica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XXVIII. Despesas de acompanhantes, excepcionadas as despesas de alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante nos seguintes casos:

- a. crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b. idosos a partir dos 60 anos de idade;
- c. pessoas portadoras de necessidades especiais e;
- d. acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

XXIX. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

XXX. Utilização de Prestador de Serviços não credenciado, sem autorização prévia da APAS.

SEÇÃO IV - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Artigo 63 - A APAS garantirá a cobertura dos atendimentos, em regime ambulatorial e de internação para os casos de emergência e urgência, respeitando os prazos de carência contratual, entendendo-se por **Emergência**, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente-beneficiário, caracterizados por declaração do médico assistente; e, por **Urgência**, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Artigo 64 - Os atendimentos de urgência e emergência observarão as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento.

Artigo 65 - A APAS garantirá os atendimentos de urgência e emergência aos associados que estiverem em carência contratual, limitados às primeiras 12 horas, ou até que ocorra a necessidade de internação. Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Beneficiário titular, não cabendo ônus à APAS.

Artigo 66 - Depois de cumprido os períodos de carência, a APAS garantirá a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência.

Artigo 67 - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal é garantido sem restrições, após decorridas 24 horas da data de assinatura do Termo de Adesão.

Artigo 68 - Nos casos de urgência e emergência em que o Beneficiário, não puder se utilizar dos serviços próprios ou credenciados pela APAS, dentro da abrangência geográfica, serão reembolsadas as despesas cobertas pelo plano contratado, observando-se os limites praticados pela APAS com a Rede Credenciada. Para obtenção do reembolso, o Beneficiário deverá enviar à APAS os originais dos seguintes documentos:

- § 1º - Relatório do médico assistente contendo diagnóstico (CID-10), tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência / emergência;
- § 2º - Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.
- § 3º - 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:
 - I. Nome completo do paciente;
 - II. Procedimento e data de sua realização;
 - III. Atuação do médico (clínico e outros);
 - IV. Valor dos honorários;
 - V. Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.

Artigo 69 - O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 dias contados da data da aceitação da documentação apresentada, por meio de depósito em conta bancária fornecida pelo associado, desde que autorizado pelo Setor de Auditoria, após a análise da documentação.

SEÇÃO V - REMOÇÕES - TRANSPORTE

Artigo 70 - A garantia de transporte, seguirá o que estabelecem as normas publicadas pela ANS e suas atualizações.

Artigo 71 - Fica garantida a remoção em ambulância aos beneficiários que já tenham cumprido o período de carência, a partir da ciência da operadora, quando ocorrer:

- I. de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação da APAS, para hospital credenciado;
- II. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não credenciado, localizado dentro da área de atuação da APAS, para hospital credenciado;
- III. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, localizado dentro da área de atuação da APAS, para hospital credenciado, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- IV. de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não credenciado, localizado fora da área de atuação da APAS, para hospital credenciado, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação da APAS e na indisponibilidade ou inexistência de prestador; e
- V. de hospital ou serviço de pronto-atendimento credenciado, localizado dentro da área de atuação da APAS, para hospital credenciado, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

Artigo 72 - Não será coberta a remoção de Beneficiários e, portanto, não caberá qualquer ônus à APAS, nos seguintes casos:

- I. quando o Beneficiário a ser removido estiver em local que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento;
- II. quando o Beneficiário precisar ou quiser ser removido para hospital privado não credenciado pela APAS; ou
- III. quando o Beneficiário quiser ser removido para local que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento.

Artigo 73 - Nos casos em que o Beneficiário ainda estiver cumprindo os prazos de carência:

- I. Fica garantida a remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do tratamento ou pela necessidade de internação, observadas as condições do Artigo 71.
- II. 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, quando houver ultrapassado o limite de 12 horas de atendimento. A responsabilidade da APAS pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro dele na unidade do SUS, e dentro da abrangência geográfica do plano contratado.

- III. Quando a remoção não puder ocorrer por haver risco de vida, o Beneficiário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, visto estar a APAS desobrigada desse ônus.

Artigo 74 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a APAS desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção, bem como se a remoção for realizada para unidade de escolha do beneficiário ou de seu responsável legal.

Artigo 75 - Em todos os casos, as remoções de beneficiários somente poderão ser realizadas mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

Artigo 76 - A escolha do meio de transporte fica a critério da APAS, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

CAPÍTULO III - CARÊNCIAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

SEÇÃO I - CARÊNCIAS

Artigo 77 - Os Beneficiários (titulares e dependentes) obedecerão às seguintes carências para fazer uso da Cobertura Assistencial.

§ 1º - Carências normais:

- I. Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis 24 horas;
- II. Consulta Médica 30 dias;
- III. Exame de Análise Clínicas (Laboratório de Análises) 60 dias;
- IV. Exame Diagnóstico: Ultrassonografia, Densitometria Óssea, Eco Cardiografia, Ergometria e Sistema Holter 12 / 24 horas 90 dias;
- V. Procedimentos de alta complexidade 180 dias;
- VI. Internação Clínica, cirúrgica, psiquiátrica 180 dias;
- VII. Partos a termo 300 dias;

§ 2º - Na transferência para o plano com cobertura mais abrangente, haverá carência de 90 dias para novas coberturas, não constantes na categoria anterior.

§ 3º - A contagem do período de carência iniciar-se-á a partir da data de assinatura do Termo de Adesão.

§ 4º - A carência para atendimento de Urgência e Emergência respeitará as condições estabelecidas na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 13 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível para consulta no site www.ans.gov.br, ou outra norma que vier a substituí-la.

§ 5º - O pagamento antecipado das taxas mensais não elimina nem reduz os prazos de carência do Plano contratado.

Artigo 78 - É garantido ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, do Titular a inclusão no plano como dependente em até 30 dias do nascimento, da adoção, da guarda ou da tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular. Ultrapassado o prazo de 30 dias previstos neste item, será obrigatório o cumprimento das respectivas carências integralmente.

Artigo 79 - Ao recém-nascido, desde que cumprida a carência de 300 dias pela mãe ou pelo pai, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inclusão na APAS sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

Artigo 80 - O menor de 12 anos adotado pelo Titular, ou sob guarda ou tutela deste, pode ser inscrito no plano como Beneficiário (dependente) em até 30 dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo Titular adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal. Ultrapassado o prazo de 30 dias previstos neste artigo, será obrigatório o cumprimento das respectivas carências integralmente.

Artigo 81 - Os associados transferidos de outras Associações Policiais Militares de Saúde e Operadoras ficarão sujeitos ao cumprimento das carências respectivas, exceto nos casos de portabilidade constantes em legislação específica expedida pela ANS.

SEÇÃO II - DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Artigo 82 - O associado deverá informar à APAS, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época de seu ingresso na Associação, 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.

Artigo 83 - 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 na Resolução Normativa nº 162/2007.

Artigo 84 - 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 (CPT).

Artigo 85 - Cobertura Parcial Temporária é aquela que admite, por um período ininterrupto de 24 meses, a partir da data da adesão a um dos planos disponibilizados pela APAS, 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. Cumprido o prazo de 24 meses da adesão, a cobertura assistencial passará a ser integral.

CAPÍTULO IV - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

SEÇÃO I - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÕES

Artigo 86 - Condições de atendimento e autorizações:

§ 1º - É de responsabilidade do Beneficiário Titular manter seus dados e de seus dependentes atualizados (mudança de posto ou graduação, situação conjugal, endereço, telefone, e-mail), bem como comparecer na sede da APAS a fim de realizar a troca do Cartão de Identificação (Carteirinha) por ocasião do vencimento desta.

- § 2º** - O Titular responderá administrativamente em caso de extravio das referidas credenciais de identificação, sem a comunicação imediata e por escrito à APAS, para que esta tome as providências necessárias.
- § 3º** - As consultas deverão ser agendadas previamente pelos beneficiários nos telefones e endereços dos consultórios dos profissionais escolhidos livremente entre os prestadores da rede credenciada, sendo que a liberação será realizada diretamente no consultório com a apresentação do Cartão de Identificação e documento de identificação.
- I. Nos casos em que houver bloqueio no momento do atendimento o beneficiário deverá se dirigir até a sede da APAS para verificação de possíveis pendências e liberação do atendimento.
- § 4º** - Os exames complementares e os serviços auxiliares de apoio e diagnóstico serão prestados na rede própria ou credenciada da APAS, mediante apresentação da “Guia de Solicitação de SADT”, emitida pelo médico assistente e devidamente autorizada pela APAS, não podendo haver restrição aos pedidos dos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.
- I. Os pedidos que necessitarem de análise do Setor de Auditoria deverão ser entregues na sede da APAS, sendo que a aprovação ou negativa irá observar os prazos determinados pela ANS nos normativos vigentes à época do evento.
- § 5º** - As internações serão realizadas nos hospitais credenciados da APAS, mediante apresentação de “Guia de Internação” emitida pelo médico assistente e devidamente autorizada pela APAS, com as justificativas da internação, o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para internação, exceto nos casos de urgência e emergência, na forma prevista no Plano contratado.
- I. Os pedidos de liberação deverão ser entregues na sede da APAS, sendo que a aprovação ou negativa irá observar os prazos determinados pela ANS nos normativos vigentes à época do evento.
- § 6º** - As internações feitas em caráter de urgência e emergência, deverão ser comunicadas à APAS pelo prestador, num prazo máximo de 02 dias, 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 APAS, das despesas resultantes do atendimento.
- § 7º** - Os procedimentos que possuem Diretrizes de Utilização ditados pela ANS, bem como aqueles classificados como Procedimentos de Alta Complexidade deverão ser liberados na sede da APAS, com a apresentação do pedido médico e exames necessários.
- § 8º** - Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos beneficiários, estes deverão ser atendidos por médicos integrantes do corpo clínico do Hospital credenciado pela APAS, e em estabelecimento de saúde, também por ela credenciado, cabendo a eles todas as responsabilidades pelo tratamento instituído.
- § 9º** - O Beneficiário Titular assumirá e pagará integralmente todos os valores referentes a atendimentos prestados ao Titular ou seus dependentes, em Clínicas Particulares não credenciadas, nos casos em que optarem por atendimentos sem a emissão prévia de autorização por escrito da APAS.
- § 10º** - Os serviços, diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos serão solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada pela APAS; todavia, sua realização será obrigatoriamente realizada na rede credenciada.
- § 11º** - A APAS Saúde Sorocaba disponibilizará e manterá atualizada em seu Portal na Internet, a relação da Rede Credenciada contendo o nome de todos os profissionais e

clínicas credenciados com os respectivos telefones, endereços e especialidades, serviços complementares de diagnose, terapias e hospitais.

§ 12º - É facultada à APAS a exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, mediante comunicação prévia à ANS e aos Associados, com 30 dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme o art. 17, parágrafo 1º da Lei 9656/98.

I. Caso ocorra o credenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação de quaisquer dos associados, este permanecerá internado até a alta hospitalar. As despesas até então apuradas correrão por conta da APAS.

II. Em caso de credenciamento 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.

§ 13º - A APAS reserva-se o direito de credenciar ou credenciar médicos e serviços auxiliares, devendo o credenciamento do prestador ser comunicado à Agência Nacional de Saúde e aos Associados, com 30 dias de antecedência.

I. Em ocorrendo credenciamentos, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde integrante da rede credenciada, sem que a APAS tenha a obrigação de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

II. Qualquer atendimento havido após 30 dias da Rescisão Contratual com o Prestador de Serviços, previamente divulgada aos associados, será de exclusiva responsabilidade destes;

III. Caso o associado opte por continuar o tratamento iniciado por profissionais e clínicas que tiverem o credenciamento cancelado, as despesas correrão por sua conta, a partir do trigésimo primeiro dia do cancelamento.

§ 14º - Quando da utilização dos serviços cobertos, o beneficiário deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional prestador dos serviços, o Cartão de Identificação do Beneficiário (carteirinha), além do documento de identidade.

§ 15º - As internações hospitalares ficam a critério exclusivo do médico assistente, sendo certo, ainda que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica. Para tanto, caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta médica, as despesas decorrentes da internação passarão a correr, a partir de então, por sua exclusiva e inteira responsabilidade.

SEÇÃO II - FATOR MODERADOR

Artigo 87 - Fator Moderador ou Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Associado diretamente à APAS, após a realização do procedimento.

§ 1º - De acordo com o Plano contratado, o associado pagará **coparticipação de 30% do valor total**, para consultas, procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos em ambiente ambulatorial, exames complementares de diagnósticos e imagens em geral, inclusive para medicamentos fornecidos para uso domiciliar;

§ 2º - A coparticipação também incide sobre as taxas, medicamentos e materiais utilizados na realização dos exames e procedimentos constantes no item anterior;

§ 3º - Os percentuais de coparticipação estipulados serão cobrados por procedimento realizado e por beneficiário, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pela APAS no pagamento de seus prestadores;

- § 4º - As internações hospitalares estão isentas de coparticipação, exceto as internações psiquiátricas;
- § 5º - A Diretoria Executiva poderá estabelecer um teto para o pagamento da coparticipação mensal, podendo ser aumentado, individualmente, por meio de acordo entre o beneficiário e o setor financeiro, nos casos em que a despesa total ultrapasse 10 vezes o valor da mensalidade.

CAPÍTULO V - FORMAÇÃO DO PREÇOS, MENSALIDADE, REAJUSTE E FAIXAS ETÁRIAS

Artigo 88 - Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial do presente plano são determinados de forma PRÉ-ESTABELECIDA.

Artigo 89 - A contraprestação pecuniária que o associado pagará à APAS denomina-se **mensalidade** e será devida pelo Titular e demais dependentes, individualmente. Os valores das mensalidades correspondem à proporção indicada no artigo 103, e serão descritos nos Contratos e respectivos Termos de Adesão, respeitadas as faixas etárias dos beneficiários inscritos e sua proporção na taxa global.

Artigo 90 - Os associados Policiais Militares e Pensionistas que, por qualquer motivo, deixarem de recolher a contribuição instituída pela Lei Estadual (CBPM) 452/74, terão acrescido em suas mensalidades, mediante Aditivo Contratual, o valor per capita, proporcional ao repasse mensal previsto no convênio da APAS com a Cruz Azul.

Artigo 91 - São consideradas Obrigações de Pagamentos Mensais, a soma da Mensalidade, da Coparticipação e/ou outros débitos que o Beneficiário tenha com a APAS.

Artigo 92 - Em casos de atraso no pagamento das Obrigações de Pagamentos Mensais, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2%, 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% ao mês, calculado dia a dia.

Artigo 93 - O beneficiário que não realizar o pagamento das Obrigações de Pagamentos Mensais na forma e prazo acordados com a APAS por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, será excluído do plano unilateralmente pela APAS, sendo os débitos pendentes enviados para a Assessoria Jurídica da Associação, para fins de cobrança extrajudicial e, no insucesso desta, o ajuizamento de ação judicial para recuperação dos valores devidos.

- § 1º - A notificação do beneficiário inadimplente será feita preferencialmente por carta com Aviso de Recebimento (AR), porém, após dois avisos enviados ao local de correspondência fornecido pelo beneficiário sem o devido recebimento, a próxima notificação poderá ser realizada por meio de publicação de edital em jornal de grande circulação no município.
- § 2º - No caso de insucesso de acordo extrajudicial ou em ação judicial, pela não localização do responsável pelo pagamento, ou ainda que se verifique a impossibilidade de recebimento do débito, a Diretoria Executiva poderá decidir pelo seu cancelamento.
- § 3º - A Diretoria Executiva poderá, ainda, decidir pelo não ingresso de ação judicial em razão de débitos contraídos por associados, que sejam considerados de valores irrisórios e impraticáveis de serem discutidos judicialmente.

Artigo 94 - O pagamento antecipado das Obrigações de Pagamentos Mensais referente a um determinado mês, não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Artigo 95 - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência.

Artigo 96 - A não realização de desconto em folha de pagamento por quaisquer motivos, bem como o não recebimento do Boleto pelo Beneficiário titular antes do prazo de pagamento, não o isenta da responsabilidade quanto ao pagamento, devendo este fato ser notificado em tempo hábil à APAS, para a devida regularização, sendo que tal inobservância implicará na automática aplicação de todas as condições que regem o Plano contratado, inclusive no tocante ao seu cancelamento por falta de pagamento.

Artigo 97 - O pagamento deverá ser feito, preferencialmente, por desconto em folha (holerite), por desconto em conta bancária (débito automático), por boleto bancário ou por qualquer outra forma que porventura seja implantada pelo sistema bancário.

§ Único - Após duas tentativas consecutivas de inclusão de desconto em holerite, sem sucesso, os descontos futuros poderão ser alterados para boleto bancário.

SEÇÃO I - REAJUSTE

Artigo 98 - A mensalidade será reajustada, independentemente da idade ou faixa etária em que se enquadrar o Associado, de acordo com os seguintes critérios:

§ 1º - O reajuste financeiro será feito com base na variação dos custos hospitalares (diárias e taxas hospitalares, materiais, gases medicinais, medicamentos e outros), honorários, introdução de tecnologia de ponta, exames complementares, serviços auxiliares, salários e despesas administrativas, apurados nos últimos 12 meses.

§ 2º - O reajuste técnico, decorrente da alteração do nível de sinistralidade, terá como base a reavaliação dos custos mensais individuais e sinistros da carteira específica do estipulante ocorridos nos últimos 12 meses.

Artigo 99 - No caso de constatação de déficit entre receita e despesa, que venha a causar desequilíbrio financeiro da Associação, comprometendo o atendimento aos beneficiários, a APAS, mediante decisão da Assembleia, poderá repassar o valor necessário aos titulares dos planos, em forma de rateio.

§ Único - Para a definição do desequilíbrio financeiro da Associação, bem como do valor necessário para a sua recomposição, deverá ser realizado estudo técnico por órgão atuarial independente, que levará em consideração a sua 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 Instrumento, de novos procedimentos inseridos na medicina ou decorrentes de decisões judiciais, inclusão de novos métodos de diagnóstico e terapia, 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.

Artigo 100 - Para os associados inscritos nos Planos Comercializados (APAS Plus, APAS Med, APAS Gold e APAS Smart), a mensalidade será reajustada, **anualmente, no dia 1º de agosto**, independente da data de inclusão dos Beneficiários no plano, entendendo-se esta como data

base única, utilizando índice baseado na sinistralidade dos planos, resultante de estudo atuarial aprovado pela Diretoria Executiva e referendado pela Assembleia Geral.

§ Único - Para os Planos ativos com a comercialização suspensa - em extinção (APAS Top, APAS Padrão, Ouro e Prata), a mensalidade será reajustada, **anualmente, no mês de aniversário do Contrato do Titular.**

Artigo 101 - O Plano contratado não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária.

Artigo 102 - Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

SEÇÃO II - FAIXA ETÁRIA

Artigo 103 - As variações do preço das mensalidades, em consequência da mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários, obedecerão às tabelas abaixo 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.

- I. Para os associados inscritos nos **Planos Comercializados (APAS Plus, APAS Med, APAS Gold e APAS Smart)** fica estabelecido que os valores fixados para a faixa 10 não poderá ser superior a 6 vezes o valor da faixa 1, e que a variação acumulada entre a faixa 7 e a faixa 10, não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 e a faixa 7, conforme estabelecido no art. 3º da Resolução Normativa nº 63, de 22/12/2003:

	Faixa etária	Acréscimos	Incidência
1	00-18	Sem acréscimos	
2	19-23	24,29%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 1
3	24-28	19,59%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 2
4	29-33	16,36%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 3
5	34-38	14,06%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 4
6	39-43	12,32%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 5
7	44-48	9,76%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 6
8	49-53	37,79%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 7
9	54-58	40,33%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 8
10	59 ou mais	25,27%	Sobre o preço estabelecido para a faixa 9

- II. Para os associados inscritos nos **Planos Não Comercializados - em extinção (APAS Top, APAS Padrão, Ouro e Prata)**, fica estabelecido que o valor da última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira conforme estabelecido no art. 2º da Resolução CONSU nº 06, de 01/11/1998, sendo que a variação de valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 anos de idade, que participa de um plano há mais de 10 anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98:

	Faixa etária	Acréscimos	Incidência
1	00-17	Sem acréscimos	
2	18-29	25,74 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 1
3	30-39	13,64 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 2
4	40-49	7,99 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 3
5	50-59	33,32 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 4
6	60-69	40,29 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 5
7	Acima de 70	83,17 %	Sobre o preço estabelecido para a faixa 6

CAPÍTULO VI - PLANOS DE SAÚDE

Artigo 104 - A Assistência médica hospitalar será prestada aos associados que aderirem a um dos planos comercializados pela APAS Saúde Sorocaba, por meio da assinatura de Termo de Adesão ao Contrato do Plano escolhido, no qual constarão, as coberturas, exclusões e assistências médicas hospitalares.

SEÇÃO I - PLANOS ATIVOS COMERCIALIZADOS

Artigo 105 - Plano APAS PLUS: Para o Associado (Policial Militar ou Pensionista) que assina termo de adesão para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em acomodação individual (apartamento), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, com coparticipação de 30% sobre consultas, exames e procedimentos. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **482.651/19-5**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Individual;
- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão: somente para membros Natos e seus beneficiários, ou seja, Policiais Militares do Estado de São Paulo e Pensionistas da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo, bem como os civis consanguíneos e afins dos Membros Natos, dependentes deles, nos termos deste Regimento Interno;
- X. Fator moderador: plano prevê Coparticipação de 30% para consultas, procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos em ambiente ambulatorial, exames complementares de diagnósticos e imagens em geral, conforme artigo 87. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar;
- XI. Convênio com a Cruz Azul: proceder-se-á conforme o disposto no artigo 90 deste Regimento Interno.
- XII. Faixas etárias: Planos com 10 Faixas Etárias previstas no item I do artigo 103;
- XIII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no dia **1º de agosto**, independente da data de inclusão dos Beneficiários no plano, conforme o disposto no artigo 100 deste Regimento.

Artigo 106 - Plano APAS MED: Para o Associado (Policial Militar ou Pensionista) que se inscreve para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em quarto com até 03 leitos (enfermaria), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, com coparticipação de 30% sobre exames, consultas e procedimentos. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **482.649/19-3**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Coletivo;
- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão: somente para membros Natos e seus beneficiários, ou seja,

Policiais Militares do Estado de São Paulo e Pensionistas da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo bem como os civis consanguíneos e afins dos Membros Natos, dependentes deles, nos termos deste Regimento Interno;

- X. Fator moderador: plano prevê Coparticipação de 30% para consultas, procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos em ambiente ambulatorial, exames complementares de diagnósticos e imagens em geral, conforme artigo 87. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar;
- XI. Convênio com a Cruz Azul: proceder-se-á conforme o disposto no artigo 90 deste Regimento Interno.
- XII. Faixas etárias: Planos com 10 Faixas Etárias previstas no item I do artigo 103;
- XIII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no dia **1º de agosto**, independente da data de inclusão dos Beneficiários no plano, conforme o disposto no artigo 100 deste Regimento.

Artigo 107 - Plano APAS GOLD: Para o Associado civil, nas condições Estatutárias, que se inscreve, na categoria de assemelhado, para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em acomodação individual (apartamento), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, sem a cobrança de coparticipação.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **482.650/19-7**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Individual;
- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão:
 - a. Civis consanguíneos e afins de Membro Nato exceto os Dependentes dos Membros Natos, nos termos deste Regimento Interno;
 - b. Civis que tenham vínculo empregatício com a APAS e seus dependentes, conforme artigo 6º do Estatuto Social.
 - c. A adesão do Beneficiário a que se refere o item VII dependerá da participação do Membro Nato vinculante ou funcionário da APAS, no contrato de plano de assistência à saúde
- X. Fator moderador: o plano não prevê Coparticipação;
- XI. Faixas etárias: Planos com 10 Faixas Etárias previstas no item I do artigo 103;
- XII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no dia **1º de agosto**, independente da data de inclusão dos Beneficiários no plano, conforme o disposto no artigo 100 deste Regimento.

Artigo 108 - Plano APAS SMART: Para o Associado civil, nas condições Estatutárias, que se inscreve, na categoria de assemelhado, para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em quarto com até 03 leitos (enfermaria), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, sem a cobrança de coparticipação.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **482.652/19-3**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Coletivo;

- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão:
 - a. Civis consanguíneos e afins de Membro Nato exceto os Dependentes dos Membros Natos, nos termos deste Regimento Interno;
 - b. Civis que tenham vínculo empregatício com a APAS e seus dependentes, conforme artigo 6º do Estatuto Social.
 - c. A adesão do Beneficiário a que se refere o item VII dependerá da participação do Membro Nato vinculante ou funcionário da APAS, no contrato de plano de assistência à saúde.
- X. Fator moderador: o plano não prevê Coparticipação;
- XI. Faixas etárias: Planos com 10 Faixas Etárias previstas no item I do artigo 103;
- XII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no dia **1º de agosto**, independente da data de inclusão dos Beneficiários no plano, conforme o disposto no artigo 100 deste Regimento.

SEÇÃO II - PLANOS ATIVOS COM A COMERCIALIZAÇÃO SUSPensa (EM EXTINÇÃO)

Artigo 109 - Plano APAS TOP: Para o Associado (Policial Militar ou Pensionista) que assina termo de adesão para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em acomodação individual (apartamento), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, com coparticipação de 30% sobre consultas, exames e procedimentos. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **432.462/00-5**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Individual;
- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão: somente para membros Natos e seus beneficiários, ou seja, Policiais Militares do Estado de São Paulo e Pensionistas da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo bem como os civis consanguíneos e afins dos Membros Natos, dependentes deles, nos termos deste Regimento Interno;
- X. Fator moderador: plano prevê Coparticipação de 30% para consultas, procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos em ambiente ambulatorial, exames complementares de diagnósticos e imagens em geral, conforme artigo 87. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar;
- XI. Convênio com a Cruz Azul: proceder-se-á conforme o disposto no artigo 90 deste Regimento Interno.
- XII. Faixas etárias: Planos com 7 Faixas Etárias previstas no item II do artigo 103;
- XIII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no mês de aniversário do Contrato do Titular, conforme o disposto no parágrafo único do artigo 100 deste Regimento.

Artigo 110 - Plano APAS PADRÃO: Para o Associado (Policial Militar ou Pensionista) que se inscreve para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em quarto com até 03 leitos (enfermaria), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, com coparticipação de 30 % sobre exames, consultas e procedimentos. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **432.461/00-7**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Coletivo;
- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão: somente para membros Natos e seus beneficiários, ou seja, Policiais Militares do Estado de São Paulo e Pensionistas da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo, bem como os civis consanguíneos e afins dos Membros Natos, dependentes deles, nos termos deste Regimento Interno;
- X. Fator moderador: plano prevê Coparticipação de 30% para consultas, procedimentos ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos em ambiente ambulatorial, exames complementares de diagnósticos e imagens em geral, conforme artigo 87. Não haverá cobrança de coparticipação para internação hospitalar;
- XI. Convênio com a Cruz Azul: proceder-se-á conforme o disposto no artigo 90 deste Regimento Interno.
- XII. Faixas etárias: Planos com 7 Faixas Etárias previstas no item II do artigo 103;
- XIII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no mês de aniversário do Contrato do Titular, conforme o disposto no parágrafo único do artigo 100 deste Regimento.

Artigo 111 - Plano OURO: Para o Associado civil, nas condições Estatutárias, que se inscreve, na categoria de assemelhado, para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em acomodação individual (apartamento), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, sem a cobrança de coparticipação.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **432.464/00-1**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Individual;
- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão:
 - a. Civis consanguíneos e afins de Membro Nato exceto os Dependentes dos Membros Natos, nos termos deste Regimento Interno;
 - b. Civis que tenham vínculo empregatício com a APAS e seus dependentes, conforme artigo 6º do Estatuto Social.
 - c. A adesão do Beneficiário a que se refere o item VII dependerá da participação do Membro Nato vinculante ou funcionário da APAS, no contrato de plano de assistência à saúde.

- X. Fator moderador: o plano não prevê Coparticipação;
- XI. Faixas etárias: Planos com 7 Faixas Etárias previstas no item II do artigo 103;
- XII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no mês de aniversário do Contrato do Titular, conforme o disposto no parágrafo único do artigo 100 deste Regimento.

Artigo 112 - Plano PRATA: Para o Associado civil, nas condições Estatutárias, que se inscreve, na categoria de assemelhado, para obtenção de assistência médica, que terá direito a internação em quarto com até 03 leitos (enfermaria), para si e seus dependentes, com contribuição mensal cobrada por faixa etária, per capita, sem a cobrança de coparticipação.

- I. Número de Registro do Produto na ANS: **432.463/00-3**;
- II. Tipo de contratação: Coletivo por Adesão;
- III. Tipo de segmentação assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- IV. Abrangência geográfica: Grupo de Municípios;
- V. Área de atuação: o constante no Artigo 4º deste Regimento;
- VI. Padrão de acomodação em internação: Coletivo;
- VII. Livre Escolha de Prestadores: Não
- VIII. Serviços e Coberturas adicionais: Não
- IX. Condições de Admissão:
 - a. Civis consanguíneos e afins de Membro Nato exceto os Dependentes dos Membros Natos, nos termos deste Regimento Interno;
 - b. Civis que tenham vínculo empregatício com a APAS e seus dependentes, conforme artigo 6º do Estatuto Social.
 - c. A adesão do Beneficiário a que se refere o item VII dependerá da participação do Membro Nato vinculante ou funcionário da APAS, no contrato de plano de assistência à saúde.
- X. Fator moderador: o plano não prevê Coparticipação;
- XI. Faixas etárias: Planos com 7 Faixas Etárias previstas no item II do artigo 103;
- XII. Reajuste anual da Mensalidade: a mensalidade será reajustada anualmente no mês de aniversário do Contrato do Titular, conforme o disposto no parágrafo único do artigo 100 deste Regimento.

Artigo 113 - Os casos omissos ou não previstos neste Regimento Interno serão resolvidos pela Diretoria Executiva.

Artigo 114 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado ou substituído por outro, sempre que for julgado oportuno e conveniente, por decisão da Diretoria Executiva.

Sorocaba, 25 de maio de 2021.

José Maria Ruas
Subten PM – 1º Secretário

Silvério Leme Filho
Cel PM – Presidente

REGIMENTO INTERNO DA APAS SAÚDE SOROCABA - ANEXO 1

ORGANOGRAMA

