

ESTATUTO E REGIMENTO

[ESTATUTO](#)[\(estatuto.php\)](#)[REGIMENTO](#)[\(regimento.php\)](#)

REGIMENTO

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Artigo 1º – Este Regimento Interno elaborado nos termos do artigo 37 do Estatuto Social tem por finalidade regulamentar as funções organizacional, operacional e financeira da ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE (APAS), aqui com o nome simplificado para APAS ou Associação, em consonância com a legislação vigente e seu Estatuto.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Artigo 2º – Para os efeitos deste Regimento, consideram-se as seguintes definições:

I- AMB: Associação Médica Brasileira;

II- ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar;

II- BPM/I: Batalhão de Polícia Militar do Interior;

III- CBPM: Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo;

IV- CONSU: Conselho Nacional de Saúde Suplementar;

V- CFM: Conselho Federal de Medicina;

VI- CRM: Conselho Regional de Medicina;

VII-HPM: Hospital da Polícia Militar do Estado de São Paulo;

VIII- OPM: Organização Policial Militar;

IX- PM: Polícia Militar do Estado de São Paulo;

X- RDC: Resolução da Diretoria Colegiada da ANS;

XI- SUS: Sistema Único de Saúde;

XII-THAMB: Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, conhecida também como AMB;

XIII- UNAOESP: União de Associações Policiais de Assistência à Saúde do Oeste do Estado de São Paulo;

XIV- Acidente Pessoal: evento ocorrido após o início de vigência do plano, de forma súbita, involuntária e violenta, por meio exclusivo e diretamente externo que venha a causar lesão física ao usuário, tornando necessário tratamento médico em caráter de urgência;

XV- Assembléia Geral: Reunião dos associados convocados por meio de Edital específico, para tratar de assuntos de interesse da APAS;

XVI- Associado: Pessoa física que se associa a APAS para com seus dependentes usufruir do Plano de Assistência à Saúde que ela oferece.

XVII- Bloqueio Técnico: Ocorre quando não houver previsão de alteração do resultado de um procedimento, no prazo determinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS);

XVIII- Carência: É um período pré-determinado no início da adesão, durante o qual o usuário não pode usar integralmente os serviços oferecidos pela APAS;

XIX- Carteira de Identificação: Documento emitido pela APAS para identificação do usuário, que será apresentado pelo mesmo juntamente com documento de identificação sempre que for utilizar os serviços por ela oferecidos e também tratar de algum assunto na sede da Associação;

XX- Co-Participação: É a parte efetivamente paga pelo associado toda vez que for utilizado o Plano de Saúde, para consultas e sessões de fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional, cirurgia refrativa, psicoterapia individual, hidroterapia, RPG ou exames (serviço auxiliar de diagnóstico e terapia) e curativos, de paciente não internado ou tratamento odontológico, por si ou seu dependente; (Alterado pela AGE de 04/06/2008)

XXI- Consulta Médica: Caracteriza-se pelo encontro do médico com o usuário para fins de assistência e/ou tratamento médico; de forma geral ou especializada; em hospitais, clínicas ou consultórios; que consista de exame clínico, eventual solicitação e interpretação de Exames Complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica.

XXII-Data-Base: É a data de aniversário da adesão;

XXIII-Data de Implantação: É a data que marca o início da vigência da adesão do associado na APAS;

XXIV- Emergência: Entende-se por emergência tudo que implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

XXV-Emergência Psiquiátrica: Considera-se emergência psiquiátrica as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio (ou para terceiros), incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou tentativas de danos morais e patrimoniais importantes;

XXVI-Entidade Contratada: Pessoa jurídica contratada pela APAS para prestação de serviços médicos e hospitalares;

XXVII-Evento: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalares ou odontológicas que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do usuário, em decorrência de acidente pessoal ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia, com a comprovação médica definitiva concedida ao paciente, e termina com a alta médica, com o abandono do tratamento por parte do paciente, ou a sua morte;

XXVIII-Exames Complementares: São os serviços auxiliares de diagnose e terapia realizados para fins de diagnósticos, integralmente compatíveis com o quadro nosológico e que sejam imprescindíveis para a prática médica e indispensáveis ao diagnóstico;

XXIX- Faixas Etárias: Idade compreendida entre períodos pré-estabelecidos nos termos do art. 1º da Resolução CONSU Nº 6, de 03 de novembro de 1998, decorrente da Lei Nº 9656/98 e que determina o valor da mensalidade paga por usuário;

XXX-Internação Eletiva: Internação em ambiente hospitalar que não seja decorrente de situação de emergência ou urgência;

XXXI-Mensalidade: Valor pago mensalmente pelo usuário à APAS, para a administração do plano aderido;

XXXII-Operadora de Plano de Assistência à Saúde: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere Plano Privado de Assistência à Saúde. Para os fins deste Regimento, define-se a APAS como Operadora de Planos de Assistência à Saúde;

XXXIII-Parto a Termo: Aquele que prosseguir normalmente até o fim do período de gestação;

XXXVI-Plano de Assistência à Saúde – Coletivo por Adesão: São os planos que a APAS oferece a seus associados, cujas denominações são Amarelo, Azul e Branco (Alterada pela AGE de 19/10/2021);

XXXIV-Revogada pela AGE de 19/10/2021.

XXXV-Revogada pela AGE de 19/10/2021.

XXXVI-Plano Azul: Registrado na ANS sob o Nº 449.291/04-9, para o genro/nora e neto do associado;

XXXVII-Plano Amarelo: Registrado na ANS sob o Nº 453.163/04-09, é para todo aquele que ingressar na APAS a partir de 16/09/2004, inclusive os dependentes dos inscritos nos Planos Verde e Vermelho, exceto os do Plano Azul;

XXXVIII-Plano Branco: Registrado na ANS sob o Nº 489.235/21-6, é para o Usuário Dependente inscrito no quadro associativo da APAS, na data do óbito do Associado. (Alterada pela AGE de 29/04/2021).

XXXIX-Procedimentos Ambulatoriais: São todos e quaisquer procedimentos médicos realizados em ambulatório;

XL- Profissional: É o médico, odontólogo, fisioterapeuta ou qualquer outro profissional da área de saúde contratado pela APAS, para prestar assistência aos usuários;

XLI- Proponente: É toda pessoa que assina a Proposta de adesão, mas, que ainda não se efetivou como usuária da APAS;

XLII- Proposta de Adesão: É o documento utilizado pelo Policial Militar do Estado de São Paulo ou Pensionista da CBPM para aderir à APAS e usufruir de um de seus Planos de Assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações;

XLIII- Reajuste de Mensalidade: É a atualização do valor das mensalidades, em observância às determinações da ANS,

XLIV- Reajuste por Idade: É a atualização do valor das mensalidades em função da mudança de faixa etária por parte do usuário, conforme definido pela Resolução Nº 6 do CONSU, datada de 3/11/1998 e Resolução da ANS – RN Nº 63, de 22 de dezembro de 2003;

XLV- Reajuste Técnico: Reavaliação atuarial do valor das contribuições decorrentes de alteração no nível de sinistralidade quando e na forma autorizada pela ANS;

XLVI-Relação dos Prestadores de Serviços: É a lista contendo nome, endereço e especialidades dos profissionais e das entidades contratadas pela APAS;

XLVII-Rol de Procedimentos Médicos: É a lista de tratamentos e terapias usada como referência da cobertura oferecida pela APAS, conforme definido na Resolução Nº 10 do CONSU, de 3 de novembro de 1998 e atualizada pela Resolução RN Nº 465 de 04/02/2021, bem como, quaisquer Resoluções emitidas pelo Governo, que alterem esta Resolução;

XLVIII-Sinistralidade: Conjunto de eventos ocorridos no grupo de associados e beneficiários;

XLIX-Tabela de Reembolso: É a lista com os valores máximos que a APAS se compromete a pagar pelos serviços prestados em pronto-socorro aos usuários, por profissionais e/ou entidades que não constem em sua Relação de Prestadores de Serviços nos casos de urgência e emergência devidamente caracterizados, dentro da área de abrangência geográfica ou em trânsito, fora de sua residência de origem, no Brasil, em regiões não abrangidas pelo escopo deste Plano de Assistência a Saúde, e em qualquer das situações que não haja tempo hábil para se deslocar até um local onde há Prestadores de Serviços contratados;

L- Taxa de Adesão: Importância paga pelo proponente para ingressar no quadro associativo;

LI- Taxa de Administração: Importância paga pelo associado para ressarcir as despesas de cadastro e emissão da Carteira de Identificação de cada associado e dependentes, bem como emissão de 2ª via da Carteira de Identificação;

LII- Transtornos Psiquiátricos: São todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID 10);

LIIL-Urgência: Entende-se por urgência os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

LIV- Usuário: É o associado ou seu dependente devidamente inscrito como beneficiário da APAS;

LV- Usuário Dependente: É a pessoa incluída como dependente do Usuário Titular no plano de assistência à saúde, e;

LVI- Usuário Titular: É o associado;

CAPÍTULO III

DOS ASSOCIADOS E SEUS DEPENDENTES

Artigo 3º - O quadro associativo, com número ilimitado, é constituído de integrantes das categorias estabelecidas no artigo 8º e poderão ter como dependentes as pessoas capituladas no artigo 15, ambos do Estatuto Social.

§ 1º- A adesão será feita na sede da APAS onde o proponente deverá apresentar documentos de identificação pessoal e relação dos dependentes acompanhada dos documentos que comprovam a condição de dependência.

§ 2º- A comprovação de dependente agregado se fará através de certidão de casamento para genros e noras, declaração de convivência marital assinada com firma reconhecida em Cartório (Tabelião Público) por duas testemunhas devidamente qualificadas nos casos de união estável e certidão de nascimento para os netos(as). O(a) enteado(a) do filho(a) equipara-se a neto(a). O(s) filho(a) (s) e cônjuge do(a)(s) enteado(a)(s) equiparam-se, respectivamente, a neto(a)(s) e genro/nora.

§ 3º- É recomendável que ao ingressar na PM o dependente associe-se.

§ 4º- Com a morte do associado cessam, imediatamente, os direitos a seus dependentes. Os dependentes inscritos no quadro associativo da APAS na data do óbito do associado deverão associar-se para continuar recebendo os benefícios para si e seus dependentes, respeitados os artigos 15 e 15A do Estatuto Social..

§ 5º- A comprovação exigida no § 4º se faz mediante a apresentação de documento que comprove a situação atual do interessado como beneficiário da CBPM, para ingressar como associado e em relação aos dependentes, de acordo com o § 2º.

§ 6º- Nos casos de casal Policial Militar, ambos serão titulares em adesões distintas, porém para efeito de opção de Plano será considerado a família como um todo.

§ 7º- No caso do § 6º, os(as) filhos(as), genros, noras e netos(as) comuns serão dependentes do associado e os incomuns, do associado ou associada, conforme o caso.

Artigo 4º - Revogado pela AGE de 18/03/2014.

Parágrafo único- Revogado pela AGE de 18/03/2014.

CAPÍTULO IV

DAS CONDIÇÕES PARA ASSOCIAR-SE, TAXA DE ADESÃO E CARÊNCIAS

SEÇÃO I

DAS CONDIÇÕES PARA ASSOCIAR-SE

Artigo 5º - São condições para ingresso no quadro associativo e usufruir dos Planos de Saúde:

- I- Estar no pleno exercício de suas funções. O absolutamente incapaz deverá ser representado e o relativamente incapaz assistido, pelo pai ou pela mãe, tutor ou curador legalmente constituído;
- II- Concordar com as disposições estatutárias e regimentais;
- III- Pagar a Taxa de Adesão, que poderá ser parcelada a critério da Diretoria;
- IV- Pagar a Taxa de Administração;
- V- Concordar com o pagamento das mensalidades e co-participações estabelecidas, e;
- VI- Concordar com o cumprimento das carências estabelecidas.

SEÇÃO II

DA TAXA DE ADESÃO

Artigo 6º - Para ser incluso como associado o proponente deverá pagar a taxa de adesão, estabelecida no anexo "A", que poderá ser parcelada em até 10 (dez) prestações mensais.

§ 1º- Estão isentos do pagamento da Taxa de Adesão:

- a)- Todos aqueles que ingressarem até 06 (seis) meses da posse e início do exercício na PM;
- b)- Todos aqueles oriundos de outras regiões onde existe APAS e era associado no máximo até 60 (sessenta) dias antes de assinar a Proposta de Adesão, devidamente comprovado;
- c)- O ex-usuário dependente, pensionista da CBPM, se ingressar até 03 (três) meses da data do falecimento do ex-usuário titular, e;
- d)- O Policial Militar que for reintegrado na Polícia Militar, depois de sua saída involuntária da Corporação, desde que se re-associe até 30 (trinta) dias após o reinício de exercício na PM.
- e)- O empregado da APAS admitido até 04/06/2008, que ingressar até 03/07/2008 e os futuros empregados que ingressarem até 30 (trinta) dias após a data da contratação.

§ 2º- A Taxa de Adesão será reajustada na mesma época e percentual das mensalidades, respeitado o artigo 46, § 4º deste Regimento.

SEÇÃO III

DAS CARÊNCIAS

Artigo 7º – As coberturas previstas pelos Planos de Saúde da APAS somente passam a vigorar após cumpridos os prazos de carência, a seguir descritos, que são individuais, constam na Carteira de Identificação e são contados a partir do início de vigência do usuário titular e/ou de seus dependentes, conforme o caso:

1 – Casos de “Urgência/Emergência” > 24 (vinte e quatro) horas

2 – Consulta, serviços auxiliares de diagnose e terapia (exceto os do item 4) e atendimentos ambulatoriais não caracterizados como urgência e emergência > 30 (trinta) dias

3 – Internações clínicas, cirúrgicas, incluindo-se internações em UTI e as decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas > 180 (cento e oitenta) dias

4 – Ressonância magnética, quimioterapia, radio-terapia, tomografia computadorizada e litotripsia > 180 (cento e oitenta) dias

5 – Partos a termo > 300 (trezentos) dias

§ 1º– Estão isentos do cumprimento de carência:

I– Os(as) recém-nascidos, filho(a) natural, adotivo ou Termo de Guarda e neto(a), cujo parto tenha sido coberto pela APAS e desde que seja incluído como usuário no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o parto;

II– Dentro do limite de carência já cumprida, o associado oriundo de outra APAS, que se associar até 60 (sessenta) dias da mudança de residência, se inativo, ou da apresentação em OPM da área do 18º BPM/I, se da ativa;

III– Os(as) filhos(as) adotivos menores de 12 (doze) anos, aproveitarão os períodos de carência já cumpridos pelo adotante;

IV– Dentro do limite da carência já cumprida, o usuário que tiver alterada sua condição de dependência, como por exemplo, o caso da filha de um associado que contrair matrimônio com outro, desde que não haja interrupção no pagamento das mensalidades;

V– Dentro do limite de carência já cumprida, o associado que se associar até 30 (trinta) dias após o falecimento do ex-associado, de quem era usuário dependente e desde que não haja interrupção no pagamento das mensalidades, e;

VI– Dentro do limite de carência já cumprida, o Policial Militar que for reintegrado na Polícia Militar, depois de sua saída involuntária da Corporação, desde que se re-associe até 30 (trinta) dias após o reinício de exercício na PM.

§ 2º– É vedada a substituição dos períodos de carências por pecúnia.

CAPÍTULO V

DO DESLIGAMENTO DO QUADRO ASSOCIATIVO

Artigo 8º – O desligamento do associado e dependentes se dará através da demissão, eliminação e exclusão, nos termos dos artigos 9º, 10 e 11, do Estatuto Social, bem como incursos nos incisos abaixo:

I- Associado que deixar de pertencer às categorias especificadas no artigo 8º do Estatuto Social ou transferir residência para fora da área de atribuições do 18º BPM/I;

II- Qualquer fraude praticada pelo associado e/ou seus dependentes contra a APAS;

III- Liquidação do Plano;

IV- Exclusão do usuário dependente por parte do associado, e;

V- Perda das condições de dependência por parte do usuário dependente.

Parágrafo único: Nos casos dos incisos II e III será aplicada a eliminação e nos casos dos incisos I, IV, e V, a exclusão.

Artigo 9º – O procedimento para apuração de infração de disposição estatutária e dos incisos I a V do artigo 8º, deste Regimento, bem como para comprovar a situação de dependência, será determinado pelo Diretor Presidente que designará uma comissão de 03 (três) associados, com a designação de Presidente (função que obrigatoriamente deverá recair sobre um membro da Diretoria ou do Conselho Fiscal), Vogal e Secretário, com as seguintes funções:

I- Presidente: Presidir os trabalhos da Comissão Processante determinando diligências, juntada de documentos, produção de provas, ouvida de testemunhas e depoimentos do associado acusado ou interessado, conforme o caso, garantindo a este o direito de ampla defesa;

II- Vogal: Realizar as diligências determinadas pelo Presidente, juntada de documentos, produção de provas, ouvir e tomar depoimentos de testemunhas e do associado/dependente acusado ou interessado e, auxiliar o Presidente na elaboração do Relatório Final, e;

III- Secretário: Secretariar os trabalhos da Comissão Processante e ter sob sua guarda e responsabilidade a documentação relativa ao procedimento.

§ 1º- Se o associado acusado/interessado for o Diretor Presidente os atos constantes do “caput” serão praticados pelo Presidente do Conselho Fiscal.

§ 2º- Terminados os trabalhos o Presidente da Comissão Processante emitirá relatório com o parecer da comissão e remeterá os autos ao Presidente convocante, que se pronunciará dando seu parecer e convocará reunião da Diretoria no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, para decidir sobre a eliminação do acusado ou inclusão do dependente proponente no quadro associativo, conforme o caso.

§ 3º- Da decisão da Diretoria o associado acusado ou que tiver recusada a inclusão de dependente nos termos do artigo 4º deste Regimento, deverá ser notificado por escrito.

Artigo 10 – Nos casos do artigo 10, § 4º e 11, parágrafo único do Estatuto Social ou do inciso I do artigo 8º deste Regimento, o Diretor-Presidente eliminará o associado, 1) mediante a comprovação de atraso no pagamento da mensalidade, coparticipação ou outras despesas, nos termos das regras em vigor impostas pela ANS; e 2) excluirá o associado, mediante apresentação da Certidão de Óbito ou documento que comprove sua exclusão dos quadros da PM, CBPM ou São Paulo Previdência – SPPrev, respectivamente; e comprovação de sua mudança de residência para fora da área de atribuições do 18º BPM/I. (Alterado pela AGE de 21/08/2024)

Artigo 11 – No caso de incapacidade civil não suprida e por deixar de atender aos requisitos exigidos para a admissão ou permanência na APAS, assim que for detectada a situação pelo Diretor Presidente, o associado será notificado para suprir a falta em 10 (dez) dias, contados da data que receber a notificação.

Parágrafo Único- Não sendo atendida a notificação o Diretor Presidente excluirá o associado, notificando-o da decisão.

Artigo 12 – O usuário perderá o direito aos benefícios oferecidos pela APAS:

I- No momento em que for entregue a carta de demissão na sede da APAS;

II- No ato do recebimento da notificação da eliminação, respeitados os §§ 1º e 2º do artigo 10, do Estatuto Social. Se houver recurso para a Assembleia Geral e esta decidir pela eliminação, no momento que tomar conhecimento da decisão. Para o associado inadimplente pelo não cumprimento da obrigação de pagamento das mensalidades, coparticipação e outras despesas legalmente firmados com a APAS conforme as regras em vigência impostas pela ANS, nos termos do artigo 10 §4º do Estatuto Social da APAS, e; (alterado pela AGE de 21/08/2024)

III- No caso de exclusão por morte, no momento do falecimento e nos demais casos, no momento que receber a notificação.

§ 1º- Nos casos dos incisos I e II, será restituído mediante recibo, ao interessado, o valor proporcional da mensalidade, correspondente aos dias restantes do mês, até o dia 15 (quinze) do mês seguinte à demissão, eliminação ou exclusão.

§ 2º- A apuração do valor a ser restituído se fará dividindo o valor da mensalidade pelo número de dias existentes no mês e multiplicando o resultado pelos dias restantes do mesmo mês, incluindo o dia da perda do direito aos benefícios oferecidos pela APAS. Se o interessado comunicar a APAS que no dia da perda dos direitos fez uso da Associação, na multiplicação dos dias restantes será excluído este dia.

§ 3º- Se o interessado fez uso da Associação no dia da perda dos direitos aos benefícios por ela oferecidos e não comunicar a Administração para exclusão deste dia, conforme o estabelecido no § 2º, este uso será considerado utilização indevida da Carteira de Identificação da APAS.

Artigo 13- Nos casos de desligamento por qualquer que seja o motivo, o associado deverá devolver a Carteira de Identificação da APAS dos desligados, na sede da Associação, responsabilizando-se pela sua utilização indevida.

Parágrafo único- Com exceção de óbito, nenhum usuário dependente poderá permanecer na APAS sem a permanência do associado. A exclusão do associado sem ser por óbito, automaticamente implica na exclusão de seus dependentes. (Alterado pela AGE de 29/04/2021)

Artigo 14- Na hipótese de desligamento por qualquer que seja o motivo, não prejudicará a cobrança dos serviços eventualmente utilizados pelo usuário titular e seus dependentes durante a vigência de sua adesão, valendo o Estatuto Social e o presente Regimento como título executivo extrajudicial e o valor devido será comprovado mediante extrato assinado pelo Diretor-Presidente e 1º Diretor-Tesoureiro.

CAPÍTULO VI

DA VIGÊNCIA

Artigo 15- O período inicial de vigência da adesão do associado ao Plano de Saúde da APAS é de 12 (doze) meses, e a partir daí, a sua renovação dar-se-á por períodos iguais e sucessivos, caso não haja expressa desistência do usuário titular. Parágrafo único- Exceto para o cumprimento de carência que iniciará sempre a partir da adesão, para fins de vigência individual dos dependentes será sempre considerado o período de vigência do usuário titular, mesmo que aqueles sejam incluídos após o início de vigência deste.

CAPÍTULO VII

DOS DIREITOS E DEVERES DO ASSOCIADO E DO USUÁRIO

Artigo 16- São direitos do usuário além dos constantes no Estatuto Social:

- I- Recorrer à Diretoria e a Assembléia Geral de decisões ilegais ou injustas contra direito seu ou de dependente, do Diretor-Presidente ou Diretoria, conforme o caso;
- II- Sugerir à Diretoria as medidas julgadas convenientes à melhoria dos serviços oferecidos pela APAS;
- III- Assistir às reuniões da Diretoria e Conselho Fiscal;
- IV- Comunicar, por escrito, a Diretoria ou ao Conselho Fiscal as faltas ou irregularidades cometidas por associados e/ou seus dependentes, Diretores, Conselheiros e Prestadores de Serviços, bem como denunciar as deficiências dos serviços decorrentes de convênios ou contratos sugerindo, se for o caso, medidas para aprimorar e desenvolver a APAS, e;
- V- Optar por qualquer dos planos de saúde oferecidos pela APAS, respeitadas suas particularidades.

Artigo 17- São deveres do associado além dos constantes no Estatuto Social:

- a) - Identificar-se ao pleitear assistência ou sempre que for solicitado;
- b) - Informar qualquer alteração de seu grupo familiar constante do artigo 15 do Estatuto Social;
- c) - Promover o registro necessário de seus dependentes, conforme o Plano de Saúde escolhido;
- d) - Manter seu endereço atualizado junto à Secretaria da APAS, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder. A inobservância deste dever não impedirá a APAS quanto a automática aplicação de todas as condições que regem este Regimento, inclusive no que se refere ao disposto no artigo 10, § 4º do Estatuto Social, ficando prejudicado nestes casos a condição de recebimento da notificação prevista no artigo 12, inciso II;
- e) - Respeitar os termos dos convênios e contratos mantidos com os Prestadores de Serviços da APAS;
- f) - Zelar pelo Plano de Saúde, evitando procurar atendimento abusivo ou desnecessário junto aos Prestadores de Serviços;
- g) - Ajudar a manter a APAS com seus esforços pessoais, recursos financeiros, se necessários e influência;
- h) - Jamais utilizar indevidamente os serviços cobertos pela APAS, entendendo-se como tal, inclusive, o uso indevido da Carteira de Identificação, e;

i)- Representar seu dependente junto a APAS sempre que for necessário.

Artigo 18- Os direitos e deveres bem como as demais normas do presente Regimento e do Estatuto Social não específicos dos associados estendem-se a seus dependentes.

CAPÍTULO VIII

SEÇÃO I

DAS COBERTURAS

Artigo 19- Terão cobertura da APAS:

a) - Os atendimentos ambulatoriais, serviços complementares de diagnósticos, tratamentos especializados e internações, sem limites de números ou prazos, a todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, cujo rol de procedimentos se encontra na Resolução CONSU Nº 10, de 03 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União de 04 de novembro de 1998, atualizado pela Resolução RDC Nº 81/2001, da ANS e suas normas subseqüentes, e;

b - Transporte inter-hospitalar, terrestre ou aéreo, conforme indicação do médico assistente, no território nacional quando a remoção for para o Estado de São Paulo e em todo Estado de São Paulo, quando a unidade hospitalar não oferecer recurso necessário ao tratamento do paciente ou for conveniente para a APAS, desde que para hospital adequado.

§ 1º- Terão cobertura as despesas efetuadas com a realização de consultas médicas:

a) - Como consulta médica entende-se o encontro do profissional devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) com o paciente, não internado, para fins de assistência e tratamento médico, consistindo de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnóstico e prescrição terapêutica, e;

b) - Não haverá limite de consultas por usuário.

§ 2º- Terão cobertura os Exames Complementares realizados fora do regime de internação hospitalar.

§ 3º- Terão cobertura as despesas com Procedimentos Ambulatoriais para a realização de pequenas cirurgias e/ou tratamentos ambulatoriais, mesmo que em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação.

§ 4º- Terão cobertura os Procedimentos Ambulatoriais Especiais, assim considerados:

I- hemodiálise e diálise peritonial – D P A C (Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua);

II- quimioterapia ambulatorial;

III- radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, eletroterapia);

IV- hemoterapia ambulatorial, e;

V- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

§ 5º- Terão cobertura os Atendimentos Ambulatoriais de Urgência/Emergência para a realização de atendimentos caracterizados como de urgência/emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, respeitado o seguinte:

a) - Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário titular, não cabendo ônus a APAS;

b) - Fica garantida a remoção em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do tratamento ou pela necessidade de internação;

c) - Caberá a 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. A responsabilidade da APAS pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS;

d) - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a APAS estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção, e;

e) - Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a APAS, desse ônus.

§ 6º- Terão cobertura de Atendimento Ambulatorial todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID - 10), sendo cobertos os seguintes atendimentos:

I- tratamento básico, entendendo-se como tal, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II- atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

III- psicoterapia, entendendo-se como tal, o atendimento prestado por médico psiquiatra e ou psicólogo com encaminhamento do médico assistente, limitada a 12 (doze) sessões por ano/usuário;

IV- Nutricionista, com encaminhamento do médico assistente, limitada a 06 (seis) sessões por ano/usuário. e;

V- Terapia Ocupacional, com encaminhamento do médico assistente, limitada a 06 (seis) sessões por ano/usuário.

§ 7º- Terão cobertura as despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas com internações para fins clínicos ou cirúrgicos, bem como cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, decorrentes de:

I- Diárias de internação em enfermaria; - Na falta de vaga na acomodação prevista na proposta de adesão, fica garantido ao usuário a utilização de acomodação de nível superior, sem ônus adicional para o mesmo;

II- Diárias de Unidade de Terapia Intensiva – UTI e Unidade de Isolamento ou similares;

III- Honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV- Exames complementares indispensáveis para o controle e evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia/radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V- Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, e;

VI- Despesas de alimentação do acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos.

§ 8º- Terão cobertura de Procedimentos Especiais todas as despesas médicas e/ou hospitalares realizadas durante o período de internação com os seguintes procedimentos, considerados especiais:

I- Hemodiálise e diálise peritonial – D P A C (Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua);

II- Quimioterapia;

III- Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

IV- Hemoterapia;

V- Nutrição enteral e parenteral;

VI- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

VII- Embolizações e radiologia intervencionista;

VIII- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

IX- Fisioterapia, e;

X- Transplantes de rim, córnea e medula óssea autóloga, indicados de acordo com os protocolos vigentes das respectivas sociedades de especialidades médicas, nos termos dos artigos 25 a 27, deste Regimento.

§ 9º- Terão cobertura para Internação as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência/emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou aqueles que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

a) A cobertura de urgência/emergência se restringirá àquela descrita no § 5º deste artigo caso o atendimento de urgência/emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência previstos no artigo 7º, deste Regimento.

I- Fica garantida a remoção em ambulância ou aeronave, conforme indicação do médico assistente, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, também, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade do tratamento. Para o usuário que estiver em carência a remoção será em ambulância nos termos do

§ 5º, II.

II- Caberá a 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. A responsabilidade da operadora pela remoção do paciente somente cessará quando efetuado o registro do mesmo na unidade do SUS.

III- Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a operadora estará desobrigada da responsabilidade

médica e do ônus financeiro da remoção.

IV- Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o usuário titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

§ 10- Terá cobertura o tratamento sob regime de internação hospitalar de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão (CID-10), sendo cobertos:

I- O custo integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, e;

II- O custo integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

§ 11- Terão coberturas as despesas médico-hospitalares efetuadas com internações motivadas por gravidez e suas conseqüências, tais como: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico responsável para evitar risco de vida da parturiente.

§ 12- Serão cobertas as despesas com assistência ao recém-nascido, de parto coberto pela APAS, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

Artigo 20- Serão cobertas as despesas efetuadas com os procedimentos odontológicos ambulatoriais a seguir descritos:

I- Consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

II- Procedimentos preventivos, dentística, endodontia e periodontia, e;

III- Cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

Artigo 21- Estão excluídos de todas as coberturas da APAS os tratamentos/despesas decorrentes de:

I- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

II- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- III- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- IV- Tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica com finalidade estética, inclusive decorrentes de cirurgia bariátrica (redução do estômago, exceto Dermolipectomia para correção de abdome em avental após tratamento de obesidade mórbida), bem como órteses e próteses para o mesmo fim, exceto cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- V- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética
- VI- Balão intragástrico e Banda Gástrica Ajustável;
- VII- Inseminação artificial;
- VIII- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- IX- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- X- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, e quando ligados ao ato cirúrgico, os importados, desde que haja similar nacional;
- XI- Tratamento, investigação diagnóstica ou cirurgia, quando o usuário não estiver sob cuidados de prestadores de serviços legalmente habilitados ao tratamento;
- XII- Despesas médicas e/ou hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências estabelecidas;
- XIII- Exames realizados a pedido do usuário sem fundamentação médica;
- XIV- Despesas extraordinárias, tais como: diferença de despesas médico-hospitalares motivadas por internação hospitalar em acomodação diferente da contratada, por opção do usuário, diárias de acompanhante, despesas com frigobar, produtos de toalete, telefonemas, gorjetas, quebra de objetos etc;
- XV- Enfermagem de caráter particular seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários;
- XVI- Revogado pela AGE de 04.06.2008.
- XVII- Tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida), SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XVIII-Transplantes, exceto de rim, córnea e medula óssea autóloga, indicados de acordo com os protocolos vigentes das respectivas sociedades de especialidades médicas, e;

XIX- Todo e qualquer procedimento ou tratamento não previsto nas coberturas específicas do plano contratado e sua respectiva segmentação assistencial, bem como do rol de procedimentos médicos publicados no Diário Oficial da União em 04/11/1998 e alterações, obrigatórias, adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Artigo 22- Das Coberturas Médicas Ambulatoriais ESTÃO EXCLUIDOS os atendimentos específicos constantes nos §§ 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 19, deste Regimento, os tratamentos/despesas decorrentes de:

- a) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- b) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- c) Quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- d) Radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- e) Nutrição enteral ou parenteral, e;
- f) Embolização e radiologia intervencionista.

Artigo 23- Das Coberturas Médico – Hospitalares e Odontológicas ESTÃO EXCLUIDOS os atendimentos das coberturas previstas nos §§ 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 12 do artigo 19, deste Regimento, os tratamentos/despesas decorrentes de: a

) Consultas domiciliares.

Artigo 24- O tratamento excluído da cobertura, poderá ser disponibilizado pela APAS, até a importância correspondente a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), condicionado o reajuste ao índice de reajuste da mensalidade, paga pelo associado e desde que seja por ele reembolsado em até 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas no cartão de crédito, acrescido de 5% (cinco inteiro por cento) de taxa de administração, sobre o valor devido (Alterado pela AGE de 01/09/2021).

Parágrafo único- No caso de atraso no pagamento de qualquer das mensalidades constantes no “caput” toda a dívida vencerá antecipadamente, valendo o presente Regimento Interno como título executivo extrajudicial.

SEÇÃO II

DOS TRANSPLANTES

Artigo 25- Serão cobertas as despesas realizadas pelos associados relativas aos transplantes de rim e córnea, tanto de órgãos provenientes de doador vivo quanto de doador cadáver, e medula óssea autóloga, indicados de acordo com os protocolos vigentes das respectivas sociedades de especialidades médicas, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

Artigo 26- Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

I- as despesas assistenciais com doadores vivos;

II- os medicamentos utilizados durante a internação;

III- o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, e;

IV- as despesas com a captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

Parágrafo único - A internação do doador vivo não poderá ocorrer em padrão de acomodação superior à prevista neste Regimento e na hipótese de ser utilizada uma acomodação de padrão superior, não será de responsabilidade da APAS, salvo se não houver leito na acomodação contratada.

Artigo 27- O candidato a transplante de órgão proveniente de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e se sujeitará ao critério de fila única de espera e de seleção.

SEÇÃO III

DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E DO ATENDIMENTO

Artigo 28- A área de abrangência geográfica da APAS compreende os municípios de Álvares Machado, Iepê, Martinópolis, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Prudente, Rancharia e Regente Feijó.

Artigo 29- Para atendimento os usuários escolherão livremente o Prestador do Serviço, dentre os contratados pela APAS, cuja relação será atualizada periodicamente e divulgada aos associados.

Artigo 30- Para a utilização dos serviços assistenciais deverá ser observado pelo usuário, por si ou representante legal, os seguintes procedimentos:

I- Consulta Normal:

a) Agendar diretamente com o Prestador de Serviço;

b) Comparecer no local e horário agendado, munido da Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal. Na impossibilidade de comparecimento à consulta, desmarcar com pelo menos 24 (vinte e quatro) horas de antecedência ou assim que ocorrer o impedimento, e;

c) Assinar a guia de consulta.

II- Consulta, Internação e demais atendimentos de Urgência:

a) Dirigir-se diretamente ao Hospital ou Clínica que mantém serviço de Pronto Atendimento, conforme o caso;

b) Apresentar a Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal, e;

c) Assinar a guia referente ao respectivo atendimento.

III- Exames complementares:

a) De posse da solicitação médica, com a justificativa da necessidade do exame, agendar diretamente com o Prestador de Serviço, observado o inciso V;

b) Comparecer no local e horário agendado, munido da solicitação médica, Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal. Na impossibilidade de comparecimento ao exame, desmarcar com pelo menos 24 (vinte e quatro) horas de antecedência ou assim que ocorrer o impedimento, e;

c) Assinar a guia de exame.

IV- Outros procedimentos ambulatoriais (fisioterapia, ortoptia, psicologia, fonoaudiologia, nutricionista etc., que não constam da relação de procedimentos que devem se submetidos a prévia auditoria médica da APAS), exceto cirurgia:

a) De posse da solicitação médica, com a justificativa da necessidade do procedimento, agendar diretamente com o Prestador de Serviço;

b) Comparecer no local e horário agendado, munido da solicitação médica, Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal. Na impossibilidade de comparecimento ao exame, desmarcar com pelo menos 24 (vinte e quatro) horas de antecedência ou assim que ocorrer o impedimento, e;

c) Assinar a guia do procedimento.

V- Exames complementares de alto custo constantes do anexo "D":

a) Munido da solicitação médica, com a justificativa da necessidade do exame, dirigir-se até a sede da APAS com diagnóstico de outros já realizados, para detectar a doença;

- b) Após análise e aprovação do Serviço de Auditoria Médica da APAS será emitida a respectiva guia de autorização;
- c) A critério do Médico Auditor e previamente avisado, o paciente deverá passar por avaliação médica, com o mesmo;
- d) Munido da autorização expedida pela recepção da APAS com o visto do Serviço de Auditoria Médica, o paciente entrará em contato com o prestador de serviços para agendar o exame, e;
- e) Comparecer no local e horário agendado, munido da guia de autorização expedida pela APAS, da solicitação médica, Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal. Na impossibilidade de comparecimento ao exame, desmarcar com pelo menos 24 (vinte e quatro) horas de antecedência ou assim que ocorrer o impedimento.

VI- Cirurgias eletivas, em ambiente Ambulatorial ou Hospitalar, litotripsia extra-corpórea e reaplicação, acupuntura, hidroterapia, quimioterapia e radioterapia:

- a) Munido da solicitação médica, com a justificativa da necessidade do procedimento, dirigir-se até a sede da APAS com os exames pré-operatórios, se houver;
- b) Após análise e aprovação do Serviço de Auditoria Médica da APAS será emitida a respectiva autorização;
- c) A critério do Médico Auditor e previamente avisado, o paciente deverá passar por avaliação médica, com o mesmo;
- d) Munido da autorização expedida pela recepção da APAS com o visto do Serviço de Auditoria Médica, o paciente entrará em contato com seu médico para agendar a cirurgia, e;
- e) Comparecer no local e horário agendado com seu médico, munido da guia de autorização expedida pela APAS, da solicitação médica, da Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal. Na impossibilidade de comparecimento ao tratamento, desmarcar com pelo menos 24 (vinte e quatro) horas de antecedência ou assim que ocorrer o impedimento.

VII- Tratamento: Odontológico fora do Prestador de Serviços remunerado pela APAS.

- a) Agendar diretamente com o Prestador de Serviço;
- b) Comparecer no local e horário agendado, munido da Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal. Na impossibilidade de comparecimento à consulta inicial ou tratamento, desmarcar com pelo menos 24 (vinte e quatro)

horas de antecedência ou assim que ocorrer o impedimento, e;

c) Efetuar os pagamentos nos prazos e forma combinados com o Prestador de Serviço.

VIII- Aquisição de medicamentos, óculos e outros materiais e produtos em fornecedores contratados da APAS para atendimento aos associados a preço especial:

a) Dirigir-se diretamente ao fornecedor munido da Carteira de Identificação e Documento de Identidade Pessoal, e;

b) Efetuar os pagamentos nos prazos e forma combinados com o fornecedor.

Parágrafo Único- As consultas, exames, internações, cirurgias e demais procedimentos eletivos serão autorizados somente junto aos profissionais e entidades contratadas pela APAS.

Artigo 31- A Internação será em quarto coletivo de 02 (dois) ou mais leitos, nos Hospitais e Clínicas contratados pela APAS, com cobertura integral das despesas normais decorrentes do tratamento, respeitados os contratos com o prestador de serviços e este Regimento Interno.

Parágrafo único - Caso o usuário venha a optar por acomodação diferente da contratada, todas as despesas decorrentes em função desta alteração ficará a cargo do usuário, que deverá acertar diretamente com o Prestador do Serviço.

SEÇÃO IV

DO ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Artigo 32- O usuário, que estiver em trânsito, o que trabalha fora da área de abrangência geográfica da APAS e aquele que frequenta curso de nível superior, em qualquer cidade do interior do Estado de São Paulo, os dois primeiros somente nos casos de urgência/emergência, devidamente comprovada, e especialmente o terceiro também nos casos eletivos, poderá utilizar os serviços prestados pela APAS da localidade, a qual enviará a fatura para a sede da APAS de Presidente Prudente. (Alterado pela AGE de 22.03.2018)

§ 1º- O usuário que frequenta curso de nível superior se não estiver em trânsito, terá direito a atendimento somente na cidade onde estiver sediada a faculdade onde estuda. Para usufruir o direito estabelecido no "caput", deverá entregar na sede da APAS, nos meses de março e setembro de cada ano, o comprovante de matrícula, sempre atualizado.

§ 2º- Na Capital os usuários PM deverão buscar atendimento no HPM e os demais na CRAZ. Os usuários, beneficiários da CBPM, por força da Lei 452, de 02 de outubro de 1974, deverão buscar atendimento na CRAZ pelo sistema CBPM X CRAZ (Excluído pela AGE de 28/09/2022).

Artigo 33- Quando em razão da urgência ou emergência não for possível buscar atendimento nas APAS, HPM ou CRAZ, a APAS da localidade não atende usuário de outra APAS e nas demais cidades do País, fora do Estado de São Paulo, será aplicada a Tabela de Reembolso, conforme artigo 35, deste Regimento. (Alterado pela AGE de 22.03.2018)

Parágrafo único- Para o usuário que frequenta curso de nível superior ou técnico, fora das localidades onde há os prestadores de serviços citados no caput, estende-se os atendimentos eletivos. Para usufruir o direito estabelecido no "caput" e neste parágrafo, deverá entregar na sede da APAS, nos meses de março e setembro de cada ano, o comprovante de matrícula, sempre atualizado. (Alterado pela AGE de 22.03.2018)

Artigo 34- Na falta de instalações, equipamento ou profissional adequado para diagnosticar ou tratar a doença na área de abrangência geográfica, com prestador de serviço contratado, devidamente comprovado através de relatório do médico assistente e aprovado pelo Serviço de Auditoria Médica da APAS, o paciente será encaminhado para tratamento, no Estado de São Paulo, onde satisfizer as necessidades do paciente e for mais conveniente para a Associação. (Suprimida pela AGE de 28/09/2022 a parte final do artigo que tratava do repasse do Hospital Cruz Azul de São Paulo).

§ 1º- Exclusiva e excepcionalmente em caso de exame (S.A.D.T.), não invasivo, para diagnosticar a doença, com parecer favorável do Médico Auditor da APAS, a critério da Diretoria e mediante prévia solicitação escrita do associado titular, poderá ser aplicada a Tabela de reembolso.

§ 2º- As despesas de remoção do paciente serão por conta do associado, exceto se tratar de remoção inter-hospitalar.

SEÇÃO V

DO REEMBOLSO

Artigo 35- Nos casos previstos no artigo 33 deste Regimento e parágrafo primeiro do artigo 34, bem como, nos caracterizados como sendo de urgência ou emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização dos recursos constantes da Relação de Prestadores de Serviços, será aplicada a Tabela de

Reembolso, registrada no 2º Oficial de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Presidente Prudente (SP) e impressa na Relação de Prestadores de Serviços.

§ 1º- Para obtenção do reembolso, o usuário deverá enviar à APAS os originais dos seguintes documentos:

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

II) Recibos individuais quitados dos honorários médicos/odontológicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

a) Nome completo do paciente;

b) Procedimento e data de sua realização;

c) Atuação do médico/odontólogo (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);

d) Valor dos honorários, e;

e) Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico/odontólogo.

III) Conta hospitalar ou de Pronto-Socorro com a discriminação do atendimento, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultado à operadora periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas.

§ 2º- O ressarcimento das despesas pelo atendimento na rede de serviços por profissionais ou entidades não contratadas efetua-se, somente para o atendimento em prontos-socorros hospitalares de casos caracterizados como sendo de urgência ou emergência, quando comprovadamente não for possível a utilização dos recursos constantes na Relação de Prestadores de Serviços.

§ 3º- Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos etc) devem ser entregues à APAS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data em que ocorrer o atendimento médico.

§ 4º- O reembolso será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data da aceitação da documentação apresentada, através de cheque nominal ao usuário titular ou depósito em conta bancária fornecida pelo mesmo.

§ 5º- Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do ressarcimento, a APAS pode solicitar do associado, documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser

ressarcido, no prazo de até 30 (trinta) dias após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de 15 (quinze) dias úteis a partir desta entrega, para a efetivação do pagamento.

§ 6º- Os valores aprovados para ressarcimento são pagos ao associado, sendo indispensável a apresentação de seu CPF(MF) e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

SEÇÃO VI

DA ADMINISTRAÇÃO E CONTROLE DO ATENDIMENTO

Artigo 36- A APAS fornecerá ao associado e dependentes Carteira de Identificação, Proposta de Adesão, Condições Particulares do Plano, cópia deste Regimento e do Estatuto Social.

§ 1º- A APAS cobrará do associado a Taxa de Administração conforme anexo "A" por Carteira de Identificação emitida, inclusive 2ª via, do associado ou de seus dependentes.

§ 2º- A Taxa de Administração será reajustada na mesma época e percentual das mensalidades, respeitado o artigo 46, § 4º.

§ 3º- Em caso de perda, extravio, furto ou roubo da Carteira de Identificação, a responsabilidade por seu uso indevido, qualquer que seja o valor das despesas, ficará a cargo do associado, inclusive após o desligamento do usuário.

Artigo 37- A APAS divulgará periodicamente a Relação dos Prestadores de Serviços, destinada ao associado.

§ 1º- Quando o usuário utilizar-se dos prestadores de serviços constantes dessa relação, o pagamento dos serviços será de responsabilidade da APAS que o fará por conta e em nome do associado.

§ 2º- À APAS fica reservado o direito de a qualquer tempo, rescindir o contrato com profissionais e pessoas jurídicas contratadas, bem como contratar outros e novos serviços, objetivando aprimorar o atendimento, desde que o usuário seja notificado com 30 dias de antecedência. A contratação e rescisão contratual com Prestador de Serviços Hospitalares será comunicada também à ANS, dentro do mesmo prazo.

§ 3º- Qualquer atendimento após a rescisão do contrato previamente divulgado aos associados, é de exclusiva responsabilidade do usuário.

§ 4º- A responsabilidade da APAS, quanto aos atendimentos iniciados, cessa no último dia da vigência do contrato com o prestador de serviços, correndo a partir daí as despesas por conta do associado, caso discorde em aceitar outro

prestador de serviço, se por ela, eventual e excepcionalmente indicado, ou constante da Relação de Prestadores de Serviços, exceto nos casos de internações em que o paciente será mantido internado até sua alta.

Artigo 38- A APAS é competente para realizar perícias médicas, exames e inspeções, visando a fiscalização dos serviços conveniados e, obrigada a apurar eventuais irregularidades notificadas, por escrito, pelo associado, cientificando-o das medidas tomadas e sanando as falhas procedentes.

SEÇÃO VII

DOS PROCEDIMENTOS PERICIÁVEIS E DA JUNTA MÉDICA/ODONTOLÓGICA

Artigo 39- A APAS reserva-se no direito de realizar perícia prévia, quando o usuário vier a submeter-se a procedimentos classificados como periciáveis na sua Tabela de Honorários Médicos, concedendo ou não cobertura em função do resultado da perícia e em conformidade com os termos deste Regimento.

Artigo 40- As divergências de natureza médica/odontológica sobre as coberturas e atendimentos previstos pelos Planos serão dirimidas por uma junta constituída de 03 (três) médicos ou odontólogos, conforme a natureza do atendimento, sendo um nomeado pela APAS, outro pelo usuário e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da APAS.

Parágrafo único- Se não houver acordo na escolha do médico/odontólogo desempatador, a sua designação será solicitada a ANS.

CAPÍTULO IX

DO PLANO DE SAÚDE, ENCARGOS FINANCEIROS DO ASSOCIADO E REAJUSTES, DA SUB-ROGAÇÃO E NOVAÇÃO

SEÇÃO I

DO PLANO DE SAÚDE

Artigo 41- Os Planos de Saúde da APAS são os denominados 'Amarelo', 'Azul' e 'Branco', com cobertura de serviços médico, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológico. Outros Planos poderão ser criados de acordo com a necessidade da Associação. (Alterado pela AGE de 19/10/2021)

Parágrafo Único - Revogado pela AGE de 19/10/2021.

SEÇÃO II

DOS ENCARGOS FINANCEIROS DO ASSOCIADO

Artigo 42- De acordo com a idade de cada um dos usuários, a partir de 01 de janeiro de 2022, vigorarão os planos Amarelo, Azul e Branco, com encargo financeiro mensal para o associado, de acordo com o Plano que integrar, nos termos do artigo 8º do Estatuto Social, sendo sua adesão obrigatória para poder inscrever qualquer de seus dependentes. (Alterado pela AGE de 19/10/2021)

§ 1º- (Revogado pela AGE de 29/10/2021).

§ 2º- (Revogado pela AGE de 29/10/2021).

§ 3º- O Plano Azul é para os dependentes agregados e empregados da APAS e seus dependentes, com faixas etárias de acordo com a Resolução RN Nº 63, de 22/12/03. (Alterado pela AGE de 18/03/2014)

I- Os empregados da APAS, enquanto no serviço ativo terão desconto de 50% (cinquenta por cento) no valor das mensalidades. O desconto não é extensivo a seus dependentes.

§ 4º- A partir de 01 de janeiro de 2022, o Plano Amarelo será para Policiais Militares do Estado de São Paulo, do serviço ativo e inativos; e Pensionistas Militares da São Paulo Previdência (dependente de Policial Militar falecido) e respectivos cônjuges ou companheiro(a) e filho(a)(s). (Alterado pela AGE de 19/10/2021)

§ 4ºA - O Plano Branco é para o Usuário Dependente inscrito no quadro associativo da APAS, na data do óbito do Associado. (Alterado pela AGE de 19/10/2021)

§ 4ºB - O dependente agregado do Plano Azul, deverá ter como titular financeiro, o Associado a que ele se agregar. (Acrescentado pela AGE de 19/10/2021)

§ 5º- As faixas etárias dos Planos nos termos da Resolução CONSU Nº 6, de 03 de novembro de 1998 e Resolução RN Nº 63, de 22 de dezembro de 2003, são:

Resolução CONSU Nº 6	Resolução RN Nº 63
1- até 17 anos;	I - 0 a 18 anos;
2- de 18 a 29 anos;	II - 19 a 23 anos;
3- de 30 a 39 anos;	III - 24 a 28 anos;
4- de 40 a 49 anos;	IV - 29 a 33 anos;
5- de 50 a 59 anos;	V - 34 a 38 anos;
6- de 60 a 69 anos;	VI - 39 a 43 anos;
7- de 70 anos acima	VII - 44 a 48 anos;
	VIII - 49 a 53 anos;
	IX - 54 a 58 anos;
	X - 59 anos ou mais

I- Mensalidade: será individual e por faixa etária, conforme estabelece o anexo "B", para os Planos, Amarelo, Azul e Branco;

II- Co-participação: Conforme estabelece o anexo "C".

Artigo 43- Os procedimentos odontológicos de cobertura pela tabela da ANS que os usuários têm direito, serão prestados pela APAS, quando não houver o serviço de cobertura no consultório APAS, serão prestados por profissionais tecnicamente capacitados, indicados pela responsável técnica do consultório Odontológico APAS. Sendo os valores da coparticipação definidos em Assembleia Geral.

(Alterado pela AGE de 21/08/2024).

Parágrafo Único - A coparticipação sobre tratamento com custo até R\$ 1.000,00 (um mil reais), será de 40% (quarenta por cento) e para tratamento de maior custo, sobre o que passar de R\$ 1.000,00 (um mil reais), 30% (trinta por cento); mediante pagamento por transferência bancária utilizando a chave PIX ou pagamento por meio de Cartão de Crédito, podendo parcelar em até 12 (doze) prestações mensais, mediante taxa de administração de 5% (cinco por cento), ficando o associado isento desta taxa se o pagamento for à vista, por meio de cartão de débito, crédito ou utilizando a chave PIX. (Alterado pela AGE de 26/03/2024).

Artigo 44- Os percentuais de acréscimo por deslocamento de faixa etária dos Planos Azul, Amarelo e Branco, são: (Alterado pela AGE de 19/10/2021)

TABELA DE MENSALIDADE – ANEXO "B"

% DE ACRÉSCIMO DE DESLOCAMENTO	PLANO AMARELO	PLANO AZUL	PLANO BRANCO
Da faixa 1 para a faixa 2:	22.1115%	22,1152%	30,20%
Da faixa 2 para a faixa 3:	33.7229%	33,7154%	25,40%
Da faixa 3 para a faixa 4:	7.3396%	11,4254%	11,45%
Da faixa 4 para a faixa 5:	9.8494%	9,8399%	9,85%
Da faixa 5 para a faixa 6:	17.2891%	17,2817%	17,26%
Da faixa 6 para a faixa 7:	6.9409%	6,9476%	9,96%
Da faixa 7 para a faixa 8:	30.2553%	30,2607%	30,25%
Da faixa 8 para a faixa 9:	53.9297%	51,3560%	51,37%
Da faixa 9 para a faixa 10:	17.7039%	19,7086%	19,71%

I- Mensalidade: será individual e por faixa etária, conforme estabelece o anexo "B", para os Planos, Amarelo, Azul e Branco; (Alterado pela AGE de 19/10/2021)

II- Coparticipação: Conforme estabelece o anexo "C".;

Artigo 45- Os pagamentos serão realizados através de descontos em folha de pagamento (holerite) da PM, para os Policiais Militares e da CBPM, para os Pensionistas. A critério da Diretoria e com comunicação prévia ao associado os pagamentos poderão ser através de desconto em Conta Corrente Bancária ou

pagamento por Boleto Bancário. A princípio, o pagamento das mensalidades e participações dos dependentes agregados, será através de desconto em conta corrente ou boleto bancário e excepcionalmente em folha de pagamento, a critério da APAS.

§ 1º- O pagamento dos débitos com a APAS deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Após esta data, haverá multa de 2% (dois por cento), sobre o valor a ser pago, acrescido de juros de mora de 0,033% (trinta e três milésimos por cento) ao dia de atraso, correspondente a 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária de acordo com Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, até o efetivo pagamento. (Alterado pela AGE de 21/08/2018)

§ 2º- A falta de quitação dos débitos com a APAS, em seus vencimentos, poderá acarretar a suspensão do atendimento até o efetivo pagamento, com os acréscimos estabelecidos no § 1º. No sexagésimo primeiro dia posterior a data do vencimento do débito, ocorrerá o cancelamento do plano de saúde. O associado será comprovadamente notificado do débito e da consequência acima, até o quinquagésimo dia de atraso ou com antecedência mínima de 10 (dez) dias antes do cancelamento do plano de saúde, não cabendo qualquer restituição de custos mensais anteriormente pagos. (Alterado pela AGE de 21/08/2018)

§ 3º- O não recebimento pelo usuário titular da ficha de compensação dentro do prazo de pagamento, não o isenta da responsabilidade quanto ao pagamento da mesma, 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 presente Regimento, inclusive no tocante ao seu cancelamento por falta de pagamento, valendo o Estatuto e o presente Regimento de Título Executivo Extrajudicial, e o valor devido será comprovado mediante extrato assinado pelo Diretor-Presidente e 1º Diretor-Tesoureiro.

§ 4º- O pagamento antecipado dos custos mensais não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos no artigo 7º do presente Regimento.

SEÇÃO III

DOS REAJUSTES

Artigo 46- As Mensalidades serão reajustadas em observância às determinações da ANS, sempre que houver necessidade para a manutenção da APAS, tendo como data-base para os reajustes o dia 1º de setembro de cada ano. (Alterado pela AGE de 21/08/2024)

§ 1º- Ocorrendo alteração na idade de cada um dos usuários, que signifique deslocamento para outra faixa etária, esta será considerada para efeito de cobrança dos custos mensais a partir do mês de aniversário em que o usuário complete idade em que ocorra a alteração. A cada deslocamento de faixa etária, os custos vigentes terão acréscimo acima da variação de valor prevista no 'caput', artigo 44 anexos "B".

§ 2º- (Revogado pela AGE de 19/10/2021)

§ 3º- Os demais encargos financeiros sofrerão reajustes na mesma proporção e data das mensalidades, exceto as deliberações diferentes da Assembléia Geral.

§ 4º- (Revogado pela AGE de 28/09/2022)

SEÇÃO IV

DA SUB-ROGAÇÃO E NOVAÇÃO

Artigo 47- Efetuado o atendimento por qualquer cobertura prevista neste Regimento a APAS ficará automaticamente sub-rogada, até o valor despendido, em todos os direitos e ações que competirem ao usuário titular ou seus dependentes contra terceiros, obrigando-se o usuário titular a facilitar os meios ao pleno exercício desta sub-rogação.

Artigo 48- Qualquer concessão praticada pela operadora no tocante a cobertura do plano de saúde, não se constituirá em qualquer alteração do presente Regimento, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelo usuário.

CAPÍTULO X

DOS ÓRGÃOS

Artigo 49- Constituem Órgãos da APAS:

I- Assembléia Geral;

II- Diretoria;

III- Conselho Fiscal.

SEÇÃO I

DA ASSEMBLÉIA GERAL

Artigo 50- A Assembléia Geral tem composição e poderes nos termos dos artigos 17 a 26 do Estatuto Social.

SEÇÃO II

DA DIRETORIA

Artigo 51- A APAS tem como órgão de execução com poderes nos termos do Estatuto Social, a Diretoria integrada por:

- I- Diretor Presidente;
- II- Diretor Vice-Presidente;
- III- 1º Diretor Secretário;
- IV- 2º Diretor Secretário;
- V- 1º Diretor Tesoureiro;
- VI- 2º Diretor Tesoureiro;
- VII- 1º Diretor de Patrimônio;
- VIII- 2º Diretor de Patrimônio;
- IX- Diretor de Relações Públicas.

Artigo 52- Para o desempenho de suas funções a Diretoria conta com os Departamentos Administrativo e Técnico.

Parágrafo único: A critério da Diretoria outros Departamentos poderão ser criados para satisfazer as necessidades operacionais da APAS.

SEÇÃO III

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIA DA DIRETORIA E SEUS DEPARTAMENTOS

Artigo 53- Ao Diretor-Presidente, além do previsto no Estatuto Social, compete:

- I- Controlar o comparecimento dos membros da Diretoria nas reuniões;
- II- Determinar a instauração de procedimento, visando apurar a situação de arrimo de família e eventuais irregularidades na Administração ou nas relações do Associado com a APAS;
- III- Manter ligações constantes com entidades e profissionais prestadores de serviços à APAS, visando o melhor atendimento aos associados.

Artigo 54- Ao Diretor Vice-Presidente, além das atribuições previstas no Estatuto, incumbe:

- I- Coordenar e Supervisionar, diretamente os encargos e trabalhos dos Departamentos Administrativo e Técnico;
- II- Manter o Diretor Presidente informado das decisões tomadas durante seu impedimento;
- III- Zelar pela funcionalidade do disposto no presente Regimento Interno.

Artigo 55- Ao 1º Diretor Secretário, além das atribuições previstas no Estatuto, incumbe, a Chefia da Secretaria do Departamento Administrativo e Chefia do Departamento Técnico.

Artigo 56- Ao 1º Diretor Tesoureiro, além das atribuições previstas no Estatuto, incumbe a chefia da Tesouraria do Departamento Administrativo.

Artigo 57- Aos Diretores de Patrimônio e Relações Públicas, além do previsto no Estatuto, incumbem o desempenho de funções específicas de seus cargos a critério da Diretoria.

Artigo 58- A Diretoria coordenará e fiscalizará as atribuições de seus representantes subordinados, funcionários da APAS, fornecendo-lhes meios e orientações técnicas e administrativas para o bom desempenho de suas funções.

Parágrafo Único- Com a finalidade exclusiva de impedir o nepotismo, não será contratado como empregado(a) da APAS, parente até 3º grau, cônjuge e companheiro(a) de Policial Militar ou Pensionista da CBPM, tendo em vista que os que não são, poderão a qualquer tempo ser associados.

Artigo 59- As atividades da Secretaria do Departamento de Administração são:

I- Recepção e telefonista;

II- Emissão de guias para atendimento médico, hospitalar e ambulatorial;

III- Elaboração de Termos de Adesão com associados;

IV- Elaboração de documentos de inclusão e exclusão de usuários;

V- Comunicação de alterações do quadro de associado aos órgãos competentes;

VI- Elaboração de documentos a serem encaminhados a ANS;

VII- Controle e escrituração dos livros existentes na APAS;

VIII- Controle das Pastas Individuais dos associados e prestadores de serviços;

IX- Serviço de limpeza das instalações da APAS;

X- Controle dos materiais permanentes e de consumo da APAS em colaboração com o Diretor de Patrimônio;

XI- Elaboração do Informativo em colaboração com o Diretor de Relações Públicas;

XII- Recebimento dos Faturamentos dos prestadores de serviços e correspondências;

XIII- Conferência e digitação dos faturamentos em conjunto com o Departamento Técnico;

XIV- Outros serviços relacionados à Secretaria.

Artigo 60- As atividades da Tesouraria do Departamento de Administração são:

I- Movimentação bancária;

II- Elaboração e controle das relações de pagamentos das mensalidades, co-participação, taxa de adesão e taxa de administração;

III- Remessa das relações de descontos em folha de pagamento dos associados para a PMESP e CBPM e se for o caso para os Bancos;

IV- Conferência e controle das relações de descontos efetuadas em folha de pagamento ou, através de conta corrente dos associados ou boleto bancário;

V- Elaboração da relação de pagamentos aos Prestadores de Serviços;

VI- Pagamento aos fornecedores, prestadores de serviços e empregados;

VII- Outros serviços relacionados à Tesouraria.

Artigo 61- As atividades do Departamento Técnico são;

I- Assessorar no estudo para elaboração de contratos com prestadores de serviços;

II- Avaliar as solicitações médicas para litotripsia, exames de alto custo e cirurgias eletivas, emitindo parecer prévio para autorização;

III- Visitar os pacientes internados e controlar as internações;

IV- Auditar e analisar as contas recebidas dos prestadores de serviços;

V- Elaborar e remeter relatório de glosas aos prestadores de serviços;

VI- Outros Serviços relacionados ao Departamento Técnico.

Artigo 62- Fica criado o cargo de Gerente Administrativo, não eletivo, com vínculo empregatício, que servirá de ligação entre os Departamentos e a Diretoria, ao qual incumbe desempenhar as funções normais de seu cargo.

SEÇÃO IV

DO CONSELHO FISCAL

Artigo 63- O Conselho Fiscal com as competências estabelecidas no artigo 39 do Estatuto Social, tem a seguinte composição:

I- Presidente;

II- 01 (um) relator;

III- 03 (três) membros, composto por 03 (três) conselheiros;

IV- 02 (dois) suplentes.

Parágrafo único- Nos casos do artigo 39, § 3º, do Estatuto Social o Presidente do Conselho Fiscal nomeará substituto, dentre os suplentes e solicitará ao Diretor Presidente da APAS a convocação de Assembléia Geral Extraordinária com poderes do artigo 19, letra "b", também do Estatuto.

Artigo 64- Ao Presidente do Conselho Fiscal, compete:

I- Controlar o comparecimento dos membros do Conselho Fiscal às reuniões;

II- Convocar e presidir as reuniões do Conselho Fiscal;

III- Determinar a instauração de procedimento, visando apurar a situação de arrimo de família e eventuais irregularidades na Administração ou nas relações do Associado com a APAS, nos casos do artigo 9º, § 1º deste Regimento;

IV- Nomear substituto para preencher cargo de conselheiro;

V- Apresentar ao Diretor Presidente em tempo hábil, o relatório e parecer do Conselho Fiscal sobre o balanço anual e contas da Diretoria para ser votado pela Assembléia Geral Ordinária.

Artigo 65- Ao Relator, compete:

I- Auxiliar o Presidente em suas atribuições;

II- Substituir o Presidente em seus impedimentos;

III- Manter o Presidente informado das decisões tomadas durante seu impedimento;

IV- Assessorar e orientar os demais membros do Conselho Fiscal;

V- Elaborar a ata da reunião do Conselho Fiscal;

VI- Comunicar aos membros do Conselho Fiscal, o local, data e hora, de início das reuniões convocadas pelo Presidente;

VII- Ter sob sua guarda os livros e documentos relativos às atividades do Conselho Fiscal.

Artigo 66- Aos Membros do Conselho Fiscal compete:

I- Participar das reuniões convocadas por seu Presidente;

II- Auxiliar o Presidente nas atividades do Conselho e de acordo com sua consciência manifestarem-se sobre as contas, balanços e relatórios mensais da Diretoria.

Artigo 67- Aos Suplentes do Conselho Fiscal, compete assumir o cargo de Membro do Conselho Fiscal, quando nomeado pelo seu Presidente, nos termos do artigo 63, Parágrafo único, deste Regimento.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 68- O presente Regimento poderá ser alterado a qualquer tempo pela Assembléia Geral.

Artigo 69- Dentro de 08 (oito) dias a contar da aprovação do presente Regimento Interno o Conselho Fiscal deverá eleger seu Relator, com mandato até 28 de fevereiro de 2005 e encaminhar ao Diretor Presidente, a Ata da Eleição, assinada por todos os seus integrantes, inclusive suplentes, para registro no 2º Oficial de Registro Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de Presidente Prudente (SP).