

**FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO  
DO MINISTÉRIO DO RIO GRANDE DO SUL  
FAS/AMP/RS**

---

**REGULAMENTO GERAL  
FUNDO AUTÔNOMO PARTICIPATIVO PARA A SAÚDE (FAPS)**

**CAPÍTULO I**

**DA NATUREZA, CUSTEIO E OBJETIVOS**

**ARTIGO 1º** - O Fundo Autônomo Participativo para a Saúde (FAPS), criado nos termos do Estatuto da FAS/AMP/RS, é constituído, precipuamente, para auferir recursos nos termos regulamentares e para **custear despesas com Planos de Saúde destinados aos Integrantes da Fundação de Assistência à Saúde - FAS/AMP/RS**, instituída pela Associação do Ministério Público do Rio Grande do Sul – AMP/RS, através da escritura pública nº 022/37.072, lavrada no 6º Tabelionato de Notas em Porto Alegre.

§ 1º São fontes de custeio:

I) Ordinárias:

- a) a dotação inicial, nos termos da Escritura Pública de Instituição da FAS/AMP/RS;
- b) a contribuição mensal do Integrante, que equivalerá à soma dos valores da contribuição do Titular com as de seus Dependentes e Beneficiários Adicionais, calculadas a partir da tabela de Contribuições aprovada pelo Conselho Deliberativo; e
- c) os valores relativos às coparticipações de responsabilidade do Participante quando da realização de um determinado procedimento por parte do Titular, seus Dependentes ou Beneficiários Adicionais, nos termos do presente Regulamento.

II) Extraordinárias:

- a) as rendas decorrentes da aplicação dos seus bens; e
- b) as doações, subvenções, contribuições, auxílios e quaisquer legados, donativos ou aquisições.

§ 2º - O índice de correção necessário à manutenção do equilíbrio atuarial poderá ser recalculado e aplicado com base nos indicadores de utilização e de sinistralidade médios da massa de integrantes da FAS/AMP/RS.

## **CAPÍTULO II**

### **DOS INTEGRANTES DA FAS/AMP/RS E USUÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE**

**ARTIGO 2º** - São Integrantes da **FAS/AMP/RS**:

- I) os sócios da AMP/RS que, por ato voluntário de adesão, solicitarem sua inscrição;
- II) o cônjuge supérstite e os filhos de sócio falecido que, no prazo estabelecido por este Regulamento, apresentarem pedido de inscrição; e
- III) os Dependentes e Beneficiários Adicionais que, falecido o Integrante, optarem expressamente por manter o vínculo, com o prosseguimento da inscrição, vedadas quaisquer novas indicações de usuários.

Parágrafo único - As opções previstas nos incisos “II” e “III” deverão ser, impreterivelmente, manifestadas por escrito no prazo de noventa dias, a contar do óbito.

**ARTIGO 3º** - São usuários do Plano de Saúde os Integrantes, seus Dependentes e Beneficiários Adicionais, assim considerados para efeito de inscrição:

I – Dependentes:

- a) o conjugue ou companheiro de Integrante;
- b) o filho ou enteado solteiro, menor de 24 anos, e o filho ou enteado solteiro de qualquer idade, se inválido para o trabalho.

II- Beneficiários Adicionais:

- a) o filho ou enteado solteiro maior de 24 anos;
- b) o filho ou enteado casado;
- c) os genros e as noras;
- d) os netos e bisnetos;
- e) os pais;
- f) os sogros;
- g) os irmãos; e
- h) os sobrinhos, menores de 18 anos, desde que seu pai ou sua mãe seja Beneficiário Adicional do Integrante.

Parágrafo único - O Integrante, Dependente ou Beneficiário Adicional perderá a sua condição de usuário do Plano de Saúde pelo não pagamento das contribuições mensais por sessenta dias, desde que comprovadamente notificado e detalhadamente informado até o quinquagésimo dia da inadimplência.

## **CAPÍTULO III**

### **DAS CONTRIBUIÇÕES**

**ARTIGO 4º** - A contribuição mensal do Integrante equivalerá à soma dos valores da sua contribuição individual com as de seus Dependentes e Beneficiários Adicionais, calculados a partir da tabela de contribuição por faixas etárias definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e com os valores por faixas aprovados pelo Conselho Deliberativo.

§ 1º A tabela de contribuições será, no mês de junho (**alterado pelo Conselho Deliberativo/Ata 06/07/2017**) de cada ano, automaticamente reajustada em patamar igual ou inferior ao índice de variação dos preços de Planos de Saúde autorizado pela Agência

Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem prejuízo aos termos do Artigo 1º, § 2º, do presente Regulamento Geral.

§ 2º Aos Integrantes e aos seus Dependentes e Beneficiários Adicionais poderão ser aplicados os descontos estabelecidos e aprovados pelo Conselho Deliberativo.

## CAPÍTULO IV

### DAS COBERTURAS

**ARTIGO 5º** - Para a cobertura da **Assistência Médico-Hospitalar**, o plano utilizará, preferencialmente, médicos, serviços e outros profissionais de Saúde, pertencentes à Rede Conveniada.

Paragrafo único - É admitida a livre escolha, mediante ulterior reembolso, nas condições previstas nos artigos, 7º, 8º, 9º, 10,11 e 12.

**ARTIGO 6º** - Integram o Plano de Assistência Médico–Hospitalar as seguintes coberturas:

I Consultas Médicas;

II Internações Hospitalares;

III Cirurgias Ambulatoriais;

IV Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (Exames Complementares Diagnósticos e Terapêuticos);

V Atendimentos de Urgência/Emergência;

VI Coberturas Adicionais.

§ 1º As coberturas serão regulamentadas e disciplinadas pelo Conselho Deliberativo, com base em Parecer Atuarial, na conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos e suas atualizações.

§ 2º Os honorários médicos sujeitam-se às normas fixadas na CBHPM e não podem ultrapassar o quádruplo do respectivo patamar.

§ 3º Os custos hospitalares têm por limite os valores médios praticados pela Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul, relativos a aposentados

individuais, com banheiro privativo, telefone, ar-condicionado e direito a acompanhante.

§ 4º O usuário, que se valer da assistência à saúde oferecida pelo IPE Saúde, fará jus às coberturas:

- a) para internações hospitalares, aposentos individuais, banheiro privativo e direito a acompanhante, além de outros itens eventualmente não cobertos pelo IPE Saúde; e
- b) para Exames Complementares, o percentual de custo não coberto pelo IPE Saúde.

**ARTIGO 7º** - As **Consultas Médicas**, realizadas em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, serão cobertas em número ilimitado e com coparticipações disciplinadas pelo Conselho Deliberativo.

**ARTIGO 8º** - As **Internações Hospitalares**, sempre que necessárias à realização de procedimentos cirúrgicos, obstétricos ou que decorram de alterações patológicas clínicas, somente serão cobertas se houver justificada indicação médica e autorizadas pelo tempo suficiente para o tratamento.

§ 1º A qualquer tempo a **FAS/AMP/RS** poderá proceder à auditoria médica para prorrogar, ou não, a autorização inicial;

§ 2º As Internações Hospitalares, salvo nos casos de urgência ou emergência, deverão ser previamente autorizadas, dando-se preferência aos hospitais ou clínicas da Rede Conveniada;

§ 3º Na livre escolha, o reembolso das despesas cobertas, desde que expressamente solicitado, fica restrito ao duplice limite financeiro, estabelecido tanto pelo valor do efetivo desembolso como pelo custo da respectiva patologia ou procedimento, previsto na tabela adotada na correspondente nota técnica;

§ 4º Somente ocorrerá o reembolso se cumprida a carência e satisfeita a respectiva hipótese de cobertura;

§ 5º Mediante expressa solicitação, à vista de relatório do médico assistente, a **FAS/AMP/RS** poderá efetuar adiantamentos para atender cauções hospitalares ou outros gastos com a saúde.

**ARTIGO 9º** - As **Cirurgias Ambulatoriais** compreendem os procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório, consultório ou outro estabelecimento, sem necessidade de pernoite hospitalar.

§ 1º A redução e a imobilização de fraturas equiparam-se à cirurgia ambulatorial.

§ 2º As normas previstas nos artigos 6º, § 2º, e 8º, §§ 3º e 5º, aplicam-se, no que couber, às disposições do presente artigo.

**ARTIGO 10** - Os **Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia** compreendem os Exames Complementares Diagnósticos e Terapêuticos e os Tratamentos Ambulatoriais.

§ 1º Considera-se Exame Complementar Diagnóstico todo o exame, seja químico, biológico e radiológico, realizado em nível ambulatorial, com a finalidade de apurar as causas das patologias ou proporcionar o correspondente tratamento.

§ 2º Considera-se Tratamento Ambulatorial o procedimento médico terapêutico, realizado em nível ambulatorial, sem necessidade de pernoite hospitalar e que, por indicação médica, deva ser realizado em ambulatórios, clínicas ou nos próprios consultórios.

§ 3º Os exames e tratamentos referidos no presente artigo deverão, prioritariamente, ser realizados na Rede Conveniada.

§ 4º As normas previstas nos artigos 6º, § 2º, e 8º, §§ 3º e 5º, aplicam-se, no que couber, às disposições do presente artigo.

**ARTIGO 11** - A cobertura para **Urgências/Emergências** compreende o atendimento a casos agudos ou crônicos agudizados, que, a qualquer momento, coloquem em risco a vida, órgão, sentido ou função.

§ 1º Considera-se emergência o risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis e urgência o resultado de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional.

§ 2º A cobertura prevista será prestada em entidade conveniada ou de livre escolha.

§ 3º Na hipótese de livre escolha, a cobertura far-se-á mediante reembolso, cujo valor não poderá exceder ao fixado para a Rede Conveniada.

§ 4º Quando ainda em curso o fluxo carencial, inclusive nos casos gestacionais, a cobertura para urgência/emergência limitar-se-á às primeiras 12 (doze) horas, sem garantir a internação.

- § 5º Os atendimentos referidos no presente artigo devem ser executados em clínicas, hospitais ou serviços especializados em Urgência/Emergência e onde haja disponibilidade de leitos para eventual internação.
- § 6º Não estão cobertos o atendimento domiciliar e a remoção.
- § 7º As normas previstas no artigo 6º, §§ 2º e 4º, aplicam-se, no que couber, às disposições do presente artigo.

**ARTIGO 12** - O Conselho Deliberativo, por Proposta da Diretoria e com base em estudos técnicos e de viabilidade financeira, poderá implantar **Coberturas Adicionais**, mediante Resolução específica.

## **CAPÍTULO V**

### **DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS**

**ARTIGO 13** - Não haverá cobertura para:

- a) qualquer tipo de tratamento, consulta, exame ou procedimento, antes de cumpridas as carências;
- b) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- c) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- d) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento, em suas várias modalidades, com finalidade estética;
- f) despesas extraordinárias constantes de fatura hospitalar, tais como lavanderia, alimentação extra, telefones e outras;
- g) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- h) internação geriátrica e de repouso;
- i) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

- j) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, inclusive acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio de pacientes submetidos a transplantes;
  - l) honorários médicos além dos previstos pelo Plano;
  - m) enfermagem em caráter particular;
  - n) despesas decorrentes de transportes, hotéis e outras não previstas neste Regulamento;
  - o) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
  - p) despesas com procedimentos não relacionados com o diagnóstico motivador da internação, exceto os autorizados ou os de urgência/emergência;
  - q) qualquer procedimento odontológico, inclusive exames radiológicos;
  - r) qualquer tipo de atendimento domiciliar;
  - s) inseminação artificial.
- § 1º A Diretoria poderá, nos casos dos itens “i”, “j”, “o”, “r” e “s”, autorizar, total ou parcialmente, em caráter excepcional, a correspondente cobertura.
- § 2º A cirurgia plástica somente será admitida para a correção de sequelas ocorridas após o ingresso na **FAS/AMP/RS**, quando decorrentes de acidente ou nas mesmas condições, para a necessária recuperação de membro, sentido ou função.
- § 3º As cirurgias buco-maxilo-faciais somente terão cobertura quando decorrentes de traumatismo ou neoplasia ocorridos após o ingresso na **FAS/AMP/RS**.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS CARÊNCIAS**

**ARTIGO 14** - Serão observadas as seguintes carências:

- I vinte e quatro horas nos casos de urgências e emergências;
- II trezentos dias para partos a termo;

III cento e oitenta dias para os demais procedimentos/patologias;

IV vinte e quatro meses para patologias preexistentes.

§ 1º O marco inicial da carência será a data de ingresso do Participante ou da admissão do respectivo Dependente ou Beneficiário Adicional.

§ 2º A Diretoria, examinando caso a caso, poderá autorizar o aproveitamento, como fluxo carencial, dos períodos de filiação voluntária a outras entidades de complementação ou reembolso de despesas médico-hospitalares, com padrão de cobertura semelhante ao Plano da **FAS/AMP/RS**.