REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR ASSEC-SAÚDE II

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99110-1778
Registro de Títulos e Documentos e de Pessoas Jurídicas

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Sumário

TÍTULO I – DISPOSIÇÕES INICIAIS 3
CAPÍTULO I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA 3
CAPÍTULO II – DAS CONTRATANTES 3
CAPÍTULO III – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS 4
CAPÍTULO IV – TIPO DE CONTRATAÇÃO E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL 4
CAPÍTULO V – DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL 4
CAPÍTULO VI – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, INGRESSO E MANUTENÇÃO 4
TÍTULO II – DA ASSISTÊNCIA 6
CAPÍTULO I – DA CLASSIFICAÇÃO DOS EVENTOS E ATENDIMENTO DAS DEMANDAS 6
CAPÍTULO II – DA SOLICITAÇÃO DE COBERTURA 6
CAPÍTULO III – EVENTOS COBERTOS 7
CAPÍTULO IV – DA REGULAÇÃO SOBRE AS SOLICITAÇÕES DE COBERTURA 12
Seção I – Disposições Gerais 12
Seção II – Coparticipação 13
CAPÍTULO V – CARÊNCIA 13
CAPÍTULO VI – DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES 14
CAPÍTULO VII – EVENTOS EXCLUÍDOS DE COBERTURA 14
CAPÍTULO VIII – DA REDE CREDENCIADA 17
CAPÍTULO IX – DA SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR 18
CAPÍTULO X – DO REEMBOLSO 18
TÍTULO III – DO CUSTEIO 18
CAPÍTULO I – DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA E DO DESCONTO EM FOLHA 18
CAPÍTULO II – DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA 19
Seção I – Disposições Gerais 19
Seção II – Data-base 19
Seção III – Reajuste pela variação por Faixa Etária 19
Seção IV – Reajuste pela variação de custos operacionais 19
Seção V – Reajuste pela metodologia do agrupamento de contratos 20
Seção VI – Reajuste por sinistralidade 20
TÍTULO IV – DISPOSIÇÕES FINAIS 21
CAPÍTULO I – DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 21
Seção I – Da solicitação de exclusão do beneficiário 21
Seção II – Da exclusão do beneficiário 21
Seção III – Das informações aos beneficiários sobre as consequências da exclusão 21
CAPÍTULO II – DO INÍCIO DA VIGÊNCIA 22
CAPÍTULO III – REVOGAÇÃO DO REGULAMENTO ANTERIOR 22

Cartório do 10º Ofício
Aracaju - SE
(79) 3211-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

TÍTULO I – DISPOSIÇÕES INICIAIS

CAPÍTULO I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Art. 1º – A Associação dos Empregados da Companhia Estadual de Habitação e Obras Públicas (ASSEC), doravante denominada OPERADORA, é uma entidade de **autogestão**, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 13.170.419/0001-22, com sede na Avenida Adélia Franco, nº. 3035, anexo, bairro D.I.A, Aracaju/SE, CEP 49048-010, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº. 384704.

CAPÍTULO II – DAS CONTRATANTES

Art. 2º – São contratantes, doravante denominados de PATROCINADORAS, a Companhia Estadual de Habitação de Obras Públicas (CEHOP), a própria OPERADORA e as pessoas jurídicas, de direito público ou de direito privado, que celebraram o Convênio para Formalização da Condição de Patrocinador.

Art. 3º – A relação entre a OPERADORA e os beneficiários dos planos de assistência suplementar de saúde, será regida pelos seguintes instrumentos:

I. Dispositivos legais aplicáveis e atos normativos emitidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

II. O Estatuto Social da OPERADORA;

III.O Regulamento do Plano;

IV. O Convênio para a Formalização da Condição de Patrocinador;

Parágrafo único. O Convênio para a Formalização de Condição de Patrocinador disciplinará:

I. Todo planejamento de custeio, dentre o qual se destaca o valor das mensalidades, tabela de preço organizada por faixa etária para novas adesões, valores de coparticipação de todos os planos que serão disponibilizados aos beneficiários vinculados àquela PATROCINADORA;

II. A informação do reajuste anual da contraprestação pecuniária em razão da variação dos custos operacionais e o índice que será aplicado e apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos além do tempo de antecedência, em meses, da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário;

III. O reajuste em razão da mudança de faixa etária;

IV. O reajuste em razão do agrupamento de beneficiários de algum plano do contrato coletivo;

V. O reajuste por sinistralidade e, na hipótese de ser constatada a necessidade de sua aplicação, que ele será reavaliado;

VI. As possibilidades de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial dos planos disponibilizados aos beneficiários vinculados àquela PATROCINADORA;

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9811-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

VII. A previsão de desconto na folha de pagamento do Beneficiário Titular da participação dos beneficiários a ele vinculados no custeio do programa de assistência à saúde, assim como a limitação de desconto, no mesmo contracheque, de 50% (cinquenta por cento) do valor bruto da remuneração.

CAPÍTULO III – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

Art. 4º – O plano privado de assistência suplementar à saúde médico-hospitalar regrado pelo presente Regulamento é o **ASSEC-SAÚDE II**, que está registrado na ANS, sob o Código nº. **470.604/14-8**

CAPÍTULO IV – TIPO DE CONTRATAÇÃO E SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Art. 5º – O ASSEC-SAÚDE II é um plano médico-hospitalar do regime COLETIVO EMPRESARIAL com cobertura assistencial delimitada neste Regulamento nas segmentações **Médico-Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia** em estabelecimento próprio ou na rede credenciada, ressalvada a inexistência de prestador na área de abrangência.

§1º. No caso de internação, o padrão da acomodação é o INDIVIDUAL (Apartamento).

§2º. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar no padrão previsto neste Regulamento no estabelecimento próprio ou na rede credenciada é assegurada ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicionais.

CAPÍTULO V – DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Art. 6º – A área geográfica de abrangência do ASSEC-SAÚDE II para os atendimentos eletivos é o Grupo de Municípios formados pelas cidades de **Aracaju, Itabaiana, Estância, Lagarto, Nossa Senhora da Glória e Propriá**, localizadas no Estado de Sergipe.

§1º. A abrangência pode ser excepcionalmente estendida aos locais em que a OPERADORA tenha convênio de reciprocidade com outras entidades de autogestão.

§2º. No caso dos atendimentos de urgência ou de emergência, a área geográfica de abrangência do ASSEC-SAÚDE II se estende a todo o **Território Nacional**.

CAPÍTULO VI – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, INGRESSO E MANUTENÇÃO

Art. 7º – São elegíveis para ingressar no ASSEC-SAÚDE II:

I. As pessoas que detém vínculo empregatício ou estatutário ativo com uma das PATROCINADORAS;

II. Os sócios ou proprietários das PATROCINADORAS de direito privado;

III. Os agentes políticos das PATROCINADORAS de direito público;

IV. Os integrantes do Grupo Familiar das pessoas descritas nos incisos anteriores que estão expressamente mencionados no Estatuto Social da ASSEC.

Cartório do 10º Ofício
Aracaju/SE
(79) 99110-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

Art. 8º – O ingresso de qualquer pessoa elegível ocorrerá através da manifestação formal de uma das PATROCINADORAS.

§1º. As pessoas indicadas nos incisos I a III do art. 7º deste Regulamente, ao ingressarem no ASSEC-SAÚDE II, serão classificadas como Beneficiário Titular.

§2º. O ingresso dos integrantes do Grupo Familiar dependerá da participação do Beneficiário Titular no ASSEC-SAÚDE II.

§3º. Os integrantes do Grupo Familiar poderão ser classificados como Dependentes ou como Agregados Familiares, conforme previsto no Estatuto Social da OPERADORA.

Art. 9º. É assegurada a manutenção no ASSEC-SAÚDE II:

I. Por tempo indeterminado:

a. Do Beneficiário Titular que tenham se aposentado (inatividade) e contribuído, ininterruptamente, para o custeio de um dos planos de saúde geridos pela ASSEC por um período mínimo de 10 (dez) anos;

b. Do Dependente ou Agregado Familiar de um Beneficiário Titular que tenha direito à permanência por tempo indeterminado.

c. Do Dependente ou Agregado Familiar de um Beneficiário Titular que tinha o direito à permanência por tempo indeterminado, quando faleceu.

II. Pelo tempo equivalente a 1/3 (um terço) do período de contribuição ininterrupta para o custeio de um dos planos de saúde geridos pela ASSEC, respeitado o prazo mínimo de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses:

a. Do Beneficiário Titular que tenham tido o seu vínculo com uma das Patrocinadoras encerrado por exoneração ou demissão sem justa causa;

b. Do Beneficiário Titular que tenham se aposentado (inatividade) sem adquirir o direito de manutenção por tempo indeterminado;

c. Do Dependentes ou Agregado Familiar de um Beneficiário Titular que não possua o direito de manutenção por tempo indeterminado;

d. Do Dependentes ou Agregado Familiar de um Beneficiário Titular que não possuía o direito de manutenção por tempo indeterminado, quando faleceu;

§1º. Não é elegível a pessoa que tinha o direito de manutenção e se desligou, por qualquer motivo, do Programa de Assistência de Saúde gerido pela ASSEC.

§2º. O direito de manutenção não permite a mudança para outro produto do Programa de Assistência à Saúde gerido pela ASSEC, ressalvada se for criado um produto exclusivo para os beneficiários com direito de manutenção.

Cartório do 1º Ofício
Aracaju-SE
(79) 3911-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

§3º. A opção pela permanência no ASSEC-SAÚDE II deve ser exercida, por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que o Beneficiário Titular recebeu, da PATROCINADORA a que estava vinculado, o comunicado formal sobre o direito de manutenção.

§4º. O silêncio do Beneficiário Titular no prazo estabelecido no parágrafo anterior será interpretado como a renuncia ao direito de manutenção.

TÍTULO II – DA ASSISTÊNCIA

CAPÍTULO I – DA CLASSIFICAÇÃO DOS EVENTOS E ATENDIMENTO DAS DEMANDAS

Art. 10 – Os eventos de saúde que são objeto da assistência médica ou hospitalar disciplinada neste Regulamento são classificados em:

I. De emergência, o evento de saúde que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

II. De urgência, o evento de saúde resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

III. Eletivos, os demais eventos de saúde.

Parágrafo único. As demandas que não se referem aos eventos de saúde serão classificadas como "Não Assistenciais".

Art. 11 – É assegurado no atendimento das demandas dos Beneficiários:

I. A rastreabilidade da demanda pelo número de protocolo;

II. O tratamento preferencial aos casos de urgência e emergência;

III.O respeito ao regramento referente ao sigilo profissional e à privacidade;

IV.A informação adequada, clara e precisa quanto a aplicação dos mecanismos de regulação.

Parágrafo único. O número de protocolo deverá ser fornecido como primeira ação, no início do atendimento.

CAPÍTULO II – DA SOLICITAÇÃO DE COBERTURA

Art. 12 – Qualquer solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado.

Parágrafo único. A apresentação da solicitação de cobertura assistencial à OPERADORA poderá ser feita pelo profissional de saúde em nome do beneficiário.

Art. 13 – Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata, a OPERADORA responderá:

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99116-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

I. Em até 5 (cinco) dias úteis a contar do registro do protocolo, à solicitação de cobertura assistencial apresentada, ressalvado os casos de procedimento de alta complexidade (PAC) ou atendimento em regime de internação eletiva;

II. Em até 10 (dez) dias úteis a contar do registro do protocolo, à solicitação de cobertura assistencial apresentada de procedimento de alta complexidade (PAC) ou atendimento em regime de internação eletiva;

III. Em até 7 (sete) dias úteis a contar do registro do protocolo, à solicitação "Não Assistencial".

Art. 14 – É garantida ao beneficiário a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada pela Ouvidora da OPERADORA.

Parágrafo único. O prazo de reanálise pela Ouvidoria é de 7 (sete) dias úteis a contar do requerimento do beneficiário.

CAPÍTULO III – EVENTOS COBERTOS

Art. 15 – Por este Regulamento, a OPERADORA assegura aos seus beneficiários a cobertura assistencial de **natureza médico-ambulatorial, hospitalar ou odontológica** dos eventos de saúde indicados neste Regulamento, compreendendo partos e tratamentos, a serem realizados **em estabelecimentos médicos próprios ou da rede credenciada da área geográfica de abrangência** acima indicada, com o padrão de acomodação prevista no art. 5º deste Regulamento, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) publicado pela Organização Mundial de Saúde, por meio das técnicas especificados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde publicado pela ANS.

Parágrafo único. Admite-se a utilização de técnica que ainda não foi incorporada no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS desde que a solicitação venha acompanhada das comprovações legalmente exigidas.

Art. 16 – A segmentação médico-ambulatorial do ASSEC-SAÚDE II compreende a cobertura, ressalvada a ocorrência no período de carência, dos seguintes eventos de saúde:

I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive as obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

III. Tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

IV. Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, acupuntura, terapia ocupacional e psicólogo, conforme indicação do médico assistente e de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização Terapêutica (DUT) definidas pela ANS;

Cartório do 10º Ofício
Aracaju/SE
(79) 9911[illegible]-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

V. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento e nas DUT que poderão ser realizadas tanto por psicólogos como por médicos devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente;

VI. Procedimento de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente;

VII. Ações de planejamento familiar listadas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento, incluindo o procedimento – sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);

VIII. Atendimento clínico de urgência ou de emergência;

IX. Custeio da remoção, depois de realizado o atendimento clínico de urgência ou emergência, quando caracterizado pelo médico assistente a falta de recurso da unidade para a continuidade da intervenção ou pela necessidade de internação;

X. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

XI. Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob a intervenção ou supervisão direita de profissional de saíde, dentro do estabelecimento de saúde;

XII. Radioterapia ambulatorial, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento;

XIII. Hemoterapia ambulatorial;

XIV. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde.

XV. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas situações em que o paciente tenha potencial para colocar em risco a vida ou a integridade física própria ou de terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio ou autoagressão;

XVI. Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, tendo início após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a 12 (doze) sessões por ano, não cumulativas.

Art. 17 – A segmentação hospitalar do ASSEC-SAÚDE II compreende a cobertura, ressalvada a ocorrência no período de carência, dos seguintes eventos de saúde:

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99810-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

I. Internações hospitalares no padrão de acomodação prevista neste Regulamento, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo-se os procedimentos obstétricos;

II. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva (CTI), ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

III. Internação hospitalar de todas as modalidades, em número ilimitado de dias;

IV. Hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as DUT's da ANS, entende-se como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida de internação hospitalar;

V. Custeio das despesas referentes a honorários médicos da rede própria ou credenciada, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante a internação hospitalar;

VI. Custeio 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;

VII. Custeio de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados nos procedimentos realizados no âmbito hospitalar;

VIII. Custeio da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento;

IX. Custeio das despesas relativas a um acompanhante que incluem acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico ou cirurgião assistente e legislações vigentes, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

X. Cirurgia bucomaxilofacial que necessite de ambiente hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XI. Custeio da estrutura hospitalar necessária à realização de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo os exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XII. Custeio para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de

Cartório do 10º Ofício
Aracaju/SE
(79) 99810-7778
Registro de Títulos e Documentos e de Pessoas Jurídicas

procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;

XIII. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

XIV. Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

XV. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;

XVI. Procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

a. Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

b. Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c. Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;

d. Hemoterapia;

e. Nutrição parenteral e enteral;

f. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ambulatorial;

g. Embolizações, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

h. Radiologia intervencionista;

i. Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;

j. Procedimentos de reeducação e reabilitação física;

k. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

XVII. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios técnicos necessárias, para o tratamento de mutilação decorrentes de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XVIII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente época do evento;

Cartório do 1º Ofício
Aracaju-SE
(79) 3911[illegible]-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

XIX. Custeio de órteses e próteses ligados aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes á época do evento.

XX. Internações de curta-permanência na modalidade de hospital-dia que se dará por indicação do médico assistente;

XXI. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e pós-parto;

XXII. Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente;

XXIII. Um acompanhamento indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

XXIV. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo;

XXV. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e procedimentos a eles vinculados incluindo:

a. As despesas assistenciais com doadores vivos;

b. Os medicamentos utilizados durante a internação;

c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d. Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XXVI. Tratamento em regime de hospital-dia de acordo com as DUT's estabelecidas pela ANS para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, sempre não cumuláveis;

XXVII. Tratamento de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização em hospitais psiquiátricos especializados ou em hospitais gerais ou hospital-dia om cobertura integral, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias contínuos ou não, por ano, não cumuláveis, podendo ser cobrada coparticipação a partir do trigésimo primeiro dia;

XXVIII. Internação em hospital psiquiátrico de 30 (trinta) dias, por ano, ou em unidade de enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos em situação de crise, sempre não cumuláveis, podendo ser cobrada coparticipação a partir do trigésimo primeiro dia

XXIX. Tratamento clínicos relacionados à obesidade mórbida;

XXX. Disfunção de ATM.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de beneficiária que esteja cumprindo o período de carência, a OPERADORA garantirá o atendimento de urgência ou de emergência referente ao processo gestacional

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9911[illegible]-1778
Registro de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas

limitada às primeiras 12 (doze) horas em atendimento ambulatorial e, caso seja necessário para a continuidade do atendimento de urgência ou de emergência a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Art. 18 – A segmentação odontológica do ASSEC-SAÚDE II compreende a cobertura, ressalvada a ocorrência no período de carência, dos seguintes eventos de saúde:

I. Procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimento de diagnóstico, atendimento de urgência ou de emergência odontológica, exames complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia;

II. Custeio das despesas referentes a honorários do cirurgião-dentista da rede própria ou credenciada, inclusive, quando por imperativo clínico for necessária a estrutura hospitalar para a realização de procedimentos cobertos por este Regulamento.

Paragrafo único. Para fins odontológicos, considera-se como procedimento de urgência, além daqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, os citados abaixo,:

I. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal ou labial;

II. Curativo em casos de odontalgia aguda pulpectomia/necrose;

III. Imobilização dentária temporária;

IV. Recimentação do trabalho protético;

V. Tratamento de alveolite;

VI. Colagem de fragmentos;

VII. Incisão e drenagem de abscesso extraoral ou intraoral

VIII. Reimplante e dente avulsionado.

CAPÍTULO IV – DA REGULAÇÃO SOBRE AS SOLICITAÇÕES DE COBERTURA

Seção I – Disposições Gerais

Art. 19 – É a assegurada à OPERADORA a utilização de mecanismo de regulação assistencial previsto neste Regulamento para gerenciar a utilização das coberturas assistenciais pelos beneficiários.

Art. 20 – A regulação assistencial será realizada através da:

I. Autorização prévia;

II. Junta Médica;

III. Coparticipação.

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 98110-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

§1º. A operadora poderá entrar em **consenso** com o profissional assistente em relação à conduta clínica, antes da realização da Junta Médica.

§2º. Ocorrida a divergência técnico-assistencial, a OPERADORA notificará, simultaneamente, o beneficiário e o profissional assistente para a busca do consenso ou a instauração da Junta Médica nos casos admitidos pela ANS.

§3º. Não será instaurada a Junta Médica quando a demanda se insere em uma das hipóteses de exclusão de cobertura prevista neste Regulamento.

Seção II – Coparticipação

Art. 21 – A coparticipação é devida à OPERADORA em razão da utilização dos serviços de saúde abaixo discriminados:

I. Consultas médicas eletivas;

II. Exames em intervenção médica eletiva ou no segmento ambulatorial;

III. Procedimentos em intervenção médica eletiva ou no segmento ambulatorial.

IV. Internação psiquiátrica, nos termos do previsto neste Regulamento.

§1º. O valor da coparticipação é de 30% (trinta por cento) do custo do serviço de saúde utilizado.

§2º. Será tratado como eletivo para todos os fins, inclusive para a incidência de coparticipação, o evento de saúde que com atendimento no setor de pronto-socorro da Rede Credenciada e que esteja desacompanhado:

I. De atestado, emitido pelo médico assistente, relatando a existência de risco imediato de vida ou de lesão permanente;

II. De atestado, emitido pelo médico assistente ou por outro que tenha atendido o paciente, relatando a ocorrência de complicação em processo gestacional ou de acidente pessoal.

CAPÍTULO V – CARÊNCIA

Art. 22 – Não haverá carência para a cobertura do ASSEC-SAÚDE II quando o beneficiário formaliza o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do Convênio de Patrocínio ou da sua vinculação a uma das Patrocinadoras.

Parágrafo único. Os beneficiários que não ingressarem no prazo estabelecido na cabeça deste artigo, estarão submetidos os seguintes períodos de carência:

I. 24 (vinte quatro horas) para os atendimentos classificados como urgência ou emergência.

II. 60 (sessenta) dias para consultas exames básicos de diagnósticos e terapias;

III. 90 (noventa) dias para exames ou procedimentos especiais e cirurgias em âmbito ambulatorial;

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99110-1771
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

IV. 300 (trezentos) dias para partos a termo;

V. 180 (cento e oitenta dias) para as demais coberturas assistenciais.

Parágrafo único. Considera-se como procedimentos especiais para fins de carência os exames com preço superior a R$ 100,00 (cem) reais.

CAPÍTULO VI – DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

Art. 23 – Constitui dever do Beneficiário declarar a Doença ou Lesão Preexistente (DPL) no ato de pedido de ingresso à PATROCINADORA ou quando da realização de qualquer tipo de exame ou perícia com vistas à admissão no plano, sob pena de responder junto à ANS por indício de fraude referente à omissão de conhecimento da DPL.

Art. 24 – No ingresso no ASSEC-SAÚDE II as DPL's não serão submetidas à Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou agravo na contraprestação pecuniária, caso o beneficiário formalize o seu pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do Convênio de Patrocínio ou da sua vinculação a uma das Patrocinadoras.

§1º. Os beneficiários que não ingressarem no prazo estabelecido na cabeça deste artigo, estarão submetidos à Cobertura Parcial Temporária (CPT) que durará por 24 (vinte e quatro) meses.

§2º. Quando houver necessidade de atendimento em casos de urgência ou de emergência quando houver CPT, a cobertura assistencial será garantida por, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial e, caso seja necessária a continuidade do atendimento de urgência ou de emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora.

§3º. Em tempo maior que as 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, passará a ser do beneficiário, ressalvado os casos de agravo na contraprestação incluído pela OPERADORA.

CAPÍTULO VII – EVENTOS EXCLUÍDOS DE COBERTURA

Art. 25 – São excluídas da cobertura assistencial disciplinada neste Regulamento:

I. Os eventos de saúde previstos neste Regulamento, mas ocorrido durante o período de carência;

II. O atendimento ocorrido fora da área geográfica de abrangência prevista neste Regulamento;

III. O reembolso das despesas com o atendimento de saúde de livre escolha do beneficiário, ressalvado os casos de indisponibilidade ou inexistência da rede própria ou da rede credenciada;

IV. A demanda que teve a sua cobertura negada pelo parecer do desempatador da Junta Médica;

V. As solicitações realizadas em desacordo com as regras estabelecidas neste Regulamento;

VI. Os procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9911[illegible]-1178
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

VII. A inseminação artificial;

VIII. O tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

IX. O fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

X. O fornecimento de próteses ou órteses não nacionalizados;

XI. O fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar, ressalvado para tratamentos antineoplásicos, conforme expressamente previsto no rol de eventos cobertos deste Regulamento;

XII. O fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XIII. Os tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIV. Os eventos de saúde ocorridos durante cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

XV. Os serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculado diretamente ao tratamento do beneficiário;

XVI. As despesas de indenização por danos ou destruição de objetos;

XVII. Os produtos de higiene pessoal;

XVIII. As consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

XIX. Os exames e tratamentos sem prescrição médica;

XX. Os transplantes, a exceção de córnea, de rim e dos transplantes autólogos;

XXI. Os tratamentos com finalidade estética ou cosmética;

XXII. Os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção do envelhecimento, com fins estéticos;

XXIII. A internação em clínica de emagrecimento, consultas e exames decorrentes dessa, lipoaspiração, para fins estéticos, ainda que realizados por indicação médica;

XXIV. O tratamento em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos, ainda que por indicação médica;

XXV. A investigação diagnóstica eletiva, necropsia, medicina ortomelecular e mineralograma do cabelo;

XXVI. O tratamento da calvície, ainda realizado por prescrição médica;

XXVII. As consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99110-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

XXVIII. A enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXIX. A aplicação de injeções, soro, bem como o ato da coleta de material em domicílio;

XXX. O aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXXI. As despesas com remoções em ambulância área;

XXXII. O procedimento, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXXIII. Os exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;

XXXIV. Os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, de segurança do trabalho, readaptação de profissional e exames demissionais e de diagnóstico;

XXXV. A aplicação de vacina preventivas e hipossensibilizantes;

XXXVI. As vacinas disponíveis na rede públicas ou não reconhecidas pelo Ministério da Saúde, exceto as destinadas a parturiente portadores de sangue com fator RH negativos e aquelas cuja aplicação for tecnicamente justificada em casos de internação, urgência e emergência;

XXXVII. Os serviços e despesas de qualquer natureza realizados em desacordo com o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

XXXVIII. A estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXXIX. A avaliação pedagógica;

XL. As orientações vocacionais;

XLI. A psicoterapias com objetivos profissionais;

XLII. As especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XLIII. Os tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XLIV. Os tratamentos ortodônticos;

XLV. As próteses metalocerâmicas e de porcelana;

XLVI. Os implantes e transplantes ósseos;

XLVII. O tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

§1º. Considera-se tratamento clínico ou cirúrgico experimental:

I. A solicitação de intervenção não prevista Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que está desacompanhada das comprovações legalmente exigidas;

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99810-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

II. Aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas:

a. Cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objetos de pesquisa em fase I, II ou III;

b. Que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país;

c. Considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

d. Baseados em indicações que não constam da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso off-label)

§2º. Não será assegurada a cobertura nos casos clínicos-cirúrgicos não previstos neste Regulamento, bem assim os não exigidos pela norma e regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

CAPÍTULO VIII – DA REDE CREDENCIADA

Art. 26 – A OPERADORA colocará à disposição dos beneficiários a relação escrita concernente aos serviços credenciados de clínicas, ambulatórios, laboratórios, hospitais, bem assim de profissionais autônomos na área de saúde, tudo constante no GUIA MÉDICO-HOSPITALAR a ser entregue ao Beneficiário.

§1º. Havendo descredenciamento de estabelecimento hospitalar, durante a internação de quaisquer dos beneficiários do ASSC-SAÚDE IV, ele permanecerá internado, até a alta hospitalar e as despesas apuradas correção por conta da OPERADORA.

§2º. Ocorrendo o descredenciamento de prestador, os beneficiários terão direito de prosseguir o tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento da rede própria ou credenciada da OPERADORA, sem que haja qualquer indenização pela substituição havida.

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

Art. 27 – Os beneficiários serão atendidos pela rede credenciada mediante apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) do ASSEC-SAÚDE II, acompanhado de documento de identidade com foto e apresentação de guia de encaminhamento devidamente emitida e assinada pela OPERADORA para cada evento, quando necessário.

§1º. As guias para consulta, exames e tratamento terão validade de 30 (trinta) dias contados da data da sua emissão.

§2º. O beneficiário responderá integralmente pelo custeio dos honorários médicos ou serviços da rede credenciada quando, no momento do atendimento, for omitida a condição de beneficiário da OPERADORA.

Cartório do 1º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9911[illegible]177
Registro de Títulos e Documentos e de Pessoas Jurídicas

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

CAPÍTULO IX – DA SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR

Art. 28 – É facultada a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com trinta dias de antecedência.

Parágrafo único. O portal corporativo e a central de atendimento da OPERADORA conterão as informações das substituições havidas em sua rede assistencial para consulta pelos beneficiários, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data da efetiva substituição e permanecerá acessível por, no mínimo, 180 (cento e oitenta) dias.

CAPÍTULO X – DO REEMBOLSO

Art. 29 – Somente será admissível o reembolso das despesas com o atendimento de saúde, quando a OPERADORA não garantiu o atendimento do beneficiário, nas hipóteses de:

I. Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado na área geográfica de abrangência e área de atuação do produto;

II. Inexistência de prestador que ofereça o serviço ou procedimento demandado na área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto;

III. Inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento

§1º. O reembolso não será devido quando o Beneficiário não aguarda que a OPERADORA garanta o atendimento, nos prazos de atendimento estabelecidos pela ANS, em caso de indisponibilidade e insuficiência de prestador, por meio de:

I. Prestador não integrante da rede própria ou credenciada, no mesmo município;

II. Prestador integrante ou não da rede própria ou credenciada, nos municípios limítrofes a este;

III. Prestador integrante ou não da rede própria ou credenciada na região de saúde à qual faz parte o município.

§2º. A OPERADORA, antes do pagamento do reembolso, fará a compensação dos valores devidos pelo Beneficiário Titular – ou qualquer integrante do seu Grupo Familiar – em razão de mensalidades ou coparticipações em atraso.

TÍTULO III – DO CUSTEIO

CAPÍTULO I – DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA E DO DESCONTO EM FOLHA

Art. 30 – O pagamento dos serviços prestados pela OPERADORA será de responsabilidade da PATROCINADORA a qual os beneficiários estão vinculados, sejam eles Titulares, Dependentes ou

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9810-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

Agregados Familiares, ressalvado os casos em que os Beneficiários Titulares assumem o custeio integral da contraprestação pecuniária.

Art. 31 – A contribuição do Beneficiário Titular para o custeio do ASSEC-SAÚDE II englobará os seus Dependentes e Agregados Familiares e será descontada na folha de pagamento pela PATROCINADORA a qual estiver vinculado.

Parágrafo único. Nos casos em que o Beneficiário Titular assume o custeio integral, a cobrança lhe será dirigida diretamente, a qual englobará os seus Dependentes e Agregados Familiares.

CAPÍTULO II – DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

Seção I – Disposições Gerais

Art. 32 – O valor da contraprestação pecuniária que abrange o percentual de contribuição da PATROCINADORA e dos seus Beneficiários Titulares será definido no Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador, que também conterá os índices dos reajustes aqui disciplinados.

§1º. A contribuição do Beneficiário Titular ocorrerá mediante a franquia mensal e a coparticipação inerente a cada beneficiário a ele vinculado e será repassada à PATROCINADORA para o devido desconto, ressalvado os casos de custeio integral pelo Beneficiário Titular.

§2º. Os valores da franquia e das coparticipações dos beneficiários também serão definidos nos Convênios de Formalização da Condição de Patrocinador.

Seção II – Data-base

Art. 33 – A data-base será a da data da celebração do Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador de cada PATROCINADORA no qual os beneficiários são ou foram vinculados.

Seção III – Reajuste pela variação por Faixa Etária

Art. 34 – O Convênio do Patrocínio de Formalização da Condição de Patrocinador estabelecerá o reajuste em razão da alteração das faixas etárias de cada beneficiário e o percentual a elas inerentes para os beneficiários que são ou foram vinculados a uma das PATROCINADORAS.

§1º. O reajuste em razão da variação da faixa etária será aplicado, automaticamente, no mês subsequente ao da sua ocorrência.

§2º. O reajuste de que trata este artigo é cumulável com os demais tipos de reajustes previstos neste Regulamento.

Seção IV – Reajuste pela variação de custos operacionais

Art. 35 – A OPERADORA aplicará o reajuste autorizado pela ANS e decorrente da variação dos custos operacionais no mês de aniversário da data-base de acordo com o índice previsto no Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador.

§ 1º. Caso haja defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato de até 2 (dois) meses, o mês de aniversário será mantido e será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem.

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9910-3778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

§2º. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste na data de aniversário da data-base prevista neste Regulamento.

§3º. O reajuste de que trata este artigo é cumulável com os demais tipos de reajustes previstos neste Regulamento.

Seção V – Reajuste pela metodologia do agrupamento de contratos

Art. 36 – A OPERADORA formará, por determinação da ANS, um agrupamento com todos os planos com menos de 30 (trinta) beneficiários da mesma PATROCINADORA, para o cálculo do percentual de reajuste específico que será aplicado a esse agrupamento.

§1º. O Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador poderá estabelecer uma quantidade superior a 30 (trinta) beneficiários para os agrupamentos vinculados a mesma PATROCINADORA.

§ 2º. Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida no Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador, somente ser alterado mediante o aditamento daquele contrato coletivo.

Art. 37 – A OPERADORA aplicará o reajuste calculado pela metodologia do agrupamento de contratos no mês da data-base durante o período de maio do ano corrente a abril do ano subsequente.

§ 1º. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento será único, ressalvado os percentuais diferentes no caso de subgrupamento.

§2º. O reajuste para o agrupamento independe dos planos usufruídos pelos beneficiários.

§3º. O percentual de reajuste somente será aplicado aos beneficiários agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário da data-base.

§4º. Para o agrupamento, o reajuste de que trata este artigo é cumulável com os demais tipos de reajustes previstos neste Regulamento.

Art. 38 – O agrupamento poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial, nos termos dos atos normativos da ANS.

Parágrafo único. Caso seja feito os subgrupamentos, a OPERADORA poderá aplicar percentuais de reajustes específicos para cada um deles.

Seção VI – Reajuste por sinistralidade

Art. 39 – O Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador estabelecerá o reajuste decorrente da extrapolação do nível de sinistralidade do ASSEC-SAÚDE II com base na fruição dos beneficiários vinculados a cada PATROCINADORA.

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9811[illegible]
Registro de Títulos e Documentos e de Pessoas Jurídicas

§2º. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste na data de aniversário da data-base prevista neste Regulamento.

§3º. O reajuste de que trata este artigo é cumulável com os demais tipos de reajustes previstos neste Regulamento.

Seção V – Reajuste pela metodologia do agrupamento de contratos

Art. 36 – A OPERADORA formará, por determinação da ANS, um agrupamento com todos os planos com menos de 30 (trinta) beneficiários da mesma PATROCINADORA, para o cálculo do percentual de reajuste específico que será aplicado a esse agrupamento.

§1º. O Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador poderá estabelecer uma quantidade superior a 30 (trinta) beneficiários para os agrupamentos vinculados a mesma PATROCINADORA.

§ 2º. Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida no Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador, somente ser alterado mediante o aditamento daquele contrato coletivo.

Art. 37 – A OPERADORA aplicará o reajuste calculado pela metodologia do agrupamento de contratos no mês da data-base durante o período de maio do ano corrente a abril do ano subsequente.

§ 1º. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento será único, ressalvado os percentuais diferentes no caso de subgrupamento.

§2º. O reajuste para o agrupamento independe dos planos usufruídos pelos beneficiários.

§3º. O percentual de reajuste somente será aplicado aos beneficiários agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário da data-base.

§4º. Para o agrupamento, o reajuste de que trata este artigo é cumulável com os demais tipos de reajustes previstos neste Regulamento.

Art. 38 – O agrupamento poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial, nos termos dos atos normativos da ANS.

Parágrafo único. Caso seja feito os subgrupamentos, a OPERADORA poderá aplicar percentuais de reajustes específicos para cada um deles.

Seção VI – Reajuste por sinistralidade

Art. 39 – O Convênio de Formalização da Condição de Patrocinador estabelecerá o reajuste decorrente da extrapolação do nível de sinistralidade do ASSEC-SAÚDE II com base na fruição dos beneficiários vinculados a cada PATROCINADORA.

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 9911[illegible]-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

Parágrafo único. O nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário.

TÍTULO IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

CAPÍTULO I – DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I – Da solicitação de exclusão do beneficiário

Art. 40 – Caberá à PATROCINADORA solicitar a suspensão ou exclusão do plano ASSEC-SAÚDE II, ressalvado os casos em que o Beneficiário Titular assume o seu custeio integral.

Art. 41 – O Beneficiário Titular poderá solicitar à PATROCINADORA a qual é vinculada, por qualquer meio escrito, a sua exclusão ou a de dependente ou agregado familiar do plano ASSEC-SAÚDE II.

§1º. A PATROCINADORA deverá cientificar a OPERADORA, em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§2º. Expirado o prazo disposto no §1º deste artigo sem que a PATROCINADORA tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o Beneficiário Titular poderá solicitar a exclusão diretamente à OPERADORA.

§3º. A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela OPERADORA do pedido formulado pelo Beneficiário Titular.

Art. 42. A OPERADORA fornecerá ao Beneficiário Titular solicitante o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão.

Seção II – Da exclusão do beneficiário

Art. 43 – A OPERADORA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde de beneficiário, sem a anuência da PATROCINADORA a que ele é, ou foi, vinculado, nas seguintes hipóteses:

I. Fraude;

II. Por perda do vínculo do Beneficiário Titular com uma das PATROCINADORAS, respeitado o direito de manutenção nos casos previsto neste Regulamento;

III. A pedido do beneficiário;

IV. Por inadimplência do beneficiário que realiza o custeio integral do plano.

Seção III – Das informações aos beneficiários sobre as consequências da exclusão

Art. 44 – Recebida a solicitação de exclusão, a OPERADORA informará o solicitante que:

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 3911-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

I. Eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a. No cumprimento de novos períodos de carência, observado as disposições legais sobre o tema;

b. Na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido

c. No preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d. Na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II. A partir da ciência da OPERADORA, a solicitação de exclusão de beneficiário tem caráter irrevogável;

III. As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de exclusão do ASSEC-SAÚDE II, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

IV. A exclusão do Beneficiário Titular acarretará a exclusão dos seus Dependentes e Agregados Familiares.

Parágrafo único. As informações contidas neste artigo constarão no comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário, a ser fornecido pela OPERADORA.

CAPÍTULO II – DO INÍCIO DA VIGÊNCIA

Art. 45 – O presente Regulamento, aprovado pelo Conselho de Administração da OPERADORA conforme competência prevista em seu Estatuto Social, vigorará a partir do seu registro no cartório de Títulos e Documentos da Comarca de Aracaju/SE.

CAPÍTULO III – REVOGAÇÃO DO REGULAMENTO ANTERIOR

Art. 46 – Revoga-se, integralmente, as disposições estabelecidas no Regulamento do plano ASSEC-SAÚDE II.

O Conselho de Administração aprova o Regulamento acima:

Maria Jaqueline Gois
Conselheira

Maria Luiza Costa Carvalho
Conselheira

Cartório do 1º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99810-1278
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

José Anísio Torres Barreto
Conselheiro

Maria Anália Lima
Vice-Presidente

Valdilene Oliveira Martins
Presidente do Conselho de Administração

Advogado
OAB/SE 5715

Cartório do 10º Ofício
Aracaju-SE
(79) 99110-1770
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
10º Ofício da Comarca de Aracaju
28/09/2026 13:00
https://www.tjse.jus.br/x/A8KCJJ
20262950500871O

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
10º Ofício da Comarca de Aracaju
28/09/2026 14:11
https://www.tjse.jus.br/x/TUQGN7
20262950500871 7

Guia nº 156260000639
Valor R$ 13,20

Guia nº 156260000639
Valor R$ 193,07

CARTÓRIO DO 10º OFÍCIO
TÍTULOS E DOCUMENTOS E PESSOAS JURÍDICAS
Av. Rio Branco nº 70 Centro
Aracaju/SE Tel. 79) 99110-1778

Registro de Títulos e Documentos
no livro B145 às fls. 218 e 145
sob o nº 129433
Protocolado no livro 99
sob o nº 129433 dou fé
Aracaju 28/09/2026

Oficial do Registro

10º Ofício RDTPJ - Aracaju/SE
Débora Carvalho da Paixão Santos
Oficial Substituta

Cartório do 10º Ofício
Aracaju/SE
(79) 99110-1778
Registro de Títulos e Documentos e das Pessoas Jurídicas