ASSEC – ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA COMPANHIA ESTADUAL DE HABITAÇÃO E OBRAS PÚBLICAS (CEHOP)

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR DA ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA COMPANHIA ESTADUAL DE HABITAÇÃO E OBRAS PÚBLICAS (CEHOP)

ASSEC-SAÚDE IV

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

REGULAMENTO GERAL DE BENEFÍCIOS MÉDICOS HOSPITALARES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU/SE
3214-4818
Vânia É. C. P. Santos
Oficial
Débora C. P. Santos
Escrevente

ARACAJU-SERGIPE

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

A ASSEC – Associação dos Empregados da Companhia Estadual de Habitação e Obras Públicas (CEHOP), doravante denominada OPERADORA, é uma entidade de autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 13.170.410/0001-22, com sede na Avenida Adélia Franco, n.º 3035, Anexo, Bairro D.I.A., Aracaju/SE, CEP 49048-010, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº. 384704.

QUALIFICAÇÃO DO PATROCINADOR

Atualmente é patrocinador do **ASSEC-SAÚDE IV**:

Companhia Estadual de Habitação e Obras Públicas - CEHOP, pessoa jurídica de direito privado, criada sob a forma de sociedade de economia mista estadual, Órgão integrante da Administração Pública Indireta inscrita no CNPJ sob o n.º 13.006.572/0001-20, estabelecida na Avenida Adélia Franco, n.º 3035, Bairro D.I.A., Aracaju/SE, CEP 49048-010.

O plano de custeio pertinente ao equilíbrio econômico-financeiro do Programa de Assistência à Saúde contará com a contribuição das entidades patrocinadoras, assim definidas de acordo com o Estatuto Social da OPERADORA e Convênios de Multipatrocínio firmados com outras entidades congêneres, na forma de especificas Resoluções expedidas pelo Conselho de Administração da OPERADORA, de acordo com o perfil psicográfico de cada população.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

O nome do Plano regrado pelo presente Programa de Assistência à Saúde é **ASSEC-SAÚDE IV** – registrado na ANS sob o Código nº **483.400/19-3**.

TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação compreende o Coletivo Empresarial.

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

O plano de saúde é de segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818
Vênia E. C. Santos
Oficial
Débora C. P. Santos
Escrevente

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49027-010 - Aracaju - SE

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A área geográfica de abrangência do ASSEC-SAÚDE IV é restrita ao Município de Aracaju, localizado no Estado de Sergipe.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O padrão de acomodação é **COLETIVA**.

Havendo indisponibilidade de leito hospitalar **no padrão de acomodação previsto** nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo ASSEC-SAÚDE IV é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário.

Tema I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 1º - O Programa de Assistência à Saúde, doravante designado ASSEC-SAÚDE IV, trata-se de um plano de assistência à saúde, e tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9656/98, visando à cobertura de serviços de assistência médica, de prevenção, de diagnóstico e de terapia, aos beneficiários inscritos, relativa a todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Médica, editado pela ANS, vigente à época do evento, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Parágrafo Único - O ASSEC-SAÚDE IV rege-se pelo presente regulamento, por instruções e outros atos que forem baixados pelos órgãos competentes de sua administração e pela legislação a ele aplicável.

Art.2º - O ASSEC-SAÚDE IV é um programa de contratação coletiva empresarial, sujeito às disposições legais em vigor e aplicáveis à espécie, sendo seu contrato bilateral e de adesão, administrado pela ASSEC, OPERADORA classificada na modalidade de autogestão, destituída de fins lucrativos, e seus beneficiários, no ato da inscrição/adesão, expressam pleno conhecimento e concordância com os termos de seu Regulamento.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3218
Vânia F. C. Santos
Oficial
Débora C. Santos
Escrevente

Tema II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 3º - A admissão ao ASSEC-SAÚDE IV é privativa dos associados titulares e respectivos dependentes familiares (grupo familiar básico e agregados, desde que admitidos por decisão e

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

autorização expressa do beneficiário titular), assim considerados titulares os servidores/empregados ativos, ex-empregados aposentados, exonerados e demitidos sem justa causa da Companhia Estadual de Habitação e Obras Públicas – CEHOP, então denominada PATROCINADORA CONTRATANTE, observadas as disposições legais estatutárias e regulamentares concernentes, e ainda, à aprovação em Assembleia Geral da ASSEC.

Parágrafo Único - O ASSEC-SAÚDE IV poderá ser estendido aos ex-empregados aposentados e pensionistas, exonerados ou demitidos sem justa causa, aos servidores de outros Órgãos estaduais, que estejam à disposição da CEHOP, bem assim aos ex-empregados exonerados e empregados de entidades congêneres, todos na qualidade de associados especiais (tais quais as condições do agregado), bem como aos respectivos dependentes familiares e agregados familiares, observadas as disposições legais estatutárias e regulamentares concernentes, e ainda, à aprovação em Assembléia Geral da OPERADORA.

Art. 4º - A qualquer tempo o associado titular, inclusive os especiais, desde que preenchida e aprovada a Proposta de Inscrição/Adesão, e rigorosamente quitadas as respectivas obrigações financeiras perante a OPERADORA, poderão realizar inscrições nas seguintes categorias:

I – Beneficiário titular:

a) - associados titulares, assim considerados os empregados ativos da Companhia Estadual de Habitação e Obras Públicas – CEHOP;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

b) - ex-empregados aposentados e pensionistas, exonerados ou demitidos sem justa causa, aos servidores de outros Órgãos estaduais, que estejam à disposição da CEHOP, bem assim aos ex-empregados exonerados e empregados de entidades congêneres, todos na qualidade de associados especiais (tais quais as condições do agregado);

II – Beneficiário dependente (grupo familiar básico):

a) - o(a) cônjuge, ou companheiro(a), mediante comprovação do estado civil e/ou da condição de união estável;

b) - os filhos e enteados solteiros de qualquer condição, menores de 21 (vinte e um) anos, e os inválidos ou excepcionais de qualquer idade;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4018
Vânia E. C. P. Santos
Oficial
Débora C. P. Santos
Escrevente

c) - o menor sob a guarda, reconhecida por determinação judicial, mediante comprovação de que se ache sob a guarda e responsabilidade definitiva ou sob tutela, do associado titular ou especial;

d) - os filhos e enteados solteiros, com idade superior a 21 (vinte um) anos e inferior a 24 (vinte e quatro) anos, desde que estejam cursando o ensino superior (terceiro grau) em estabelecimento de ensino superior;

III – Beneficiário dependente agregado:

a) - os genitores;

b) - os filhos e enteados, maiores de 21 (vinte e um) anos, ou emancipados;

c) - os netos;

d) - os irmãos, cunhados, tios e sobrinhos;

e) - demais familiares até o quarto grau de parentesco consangüíneo ou não.

Parágrafo Único - A inscrição de beneficiários será regulamentada por Resolução do Conselho de Administração da OPERADORA, que disciplinará o ingresso e a permanência dos mesmos no Programa Assistencial vigente.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 5º - A inscrição/adesão no ASSEC-SAÚDE IV como beneficiário titular ou dependente (grupo familiar básico e agregado, vinculado a um associado titular ou de respectivo dependente familiar do titular) é condição essencial à obtenção dos benefícios assegurados por este regulamento.

Parágrafo Único - O Titular é responsável pela inscrição, é responsável financeiro e, responsável pelos atos praticados por seus dependentes (grupo familiar básico e agregado, vinculado a um associado titular ou de respectivo dependente familiar do titular), sendo que a inscrição/adesão dos dependentes necessita obrigatoriamente da participação do associado beneficiário titular no plano.

Art. 6º - A inscrição/adesão ao ASSEC-SAÚDE IV é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento.

Art. 7º - O beneficiário titular e seus dependentes (grupo familiar básico e agregado, vinculado a um associado titular ou de respectivo dependente familiar do titular) serão considerados inscritos no

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

ASSEC-SAÚDE IV após o deferimento do respectivo pedido de inscrição/adesão, que deverá ser entregue na operadora até o dia QUINZE de cada mês.

§ 1º - Quando os beneficiários titulares formarem um casal, os dependentes em comum serão distribuídos entre eles. Os dependentes de maior faixa etária ficarão vinculados ao beneficiário titular que tiver a maior remuneração bruta mensal.

§ 2º Ao requerimento de inscrição deverão ser, obrigatoriamente, anexados pelo beneficiário titular, todos os documentos comprobatórios da:

I - relação de parentesco definida como: cônjuge, companheiro (a) e filhos, com as respectivas declarações/certidões/sentenças de estado civil, constante de relação fornecida pela OPERADORA;

II - relação de parentesco definida como: genitores, comprovada com todos os documentos discriminados na relação fornecida pela OPERADORA;

III – definida como: união estável, comprovada mediante documento expedido por Cartório Extrajudicial ou sentença, conforme discriminados na relação fornecida pela OPERADORA;

IV - matrícula em curso de graduação, se for o caso; e

V - decisão judicial, se for o caso.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

§ 3º - Os documentos a que se refere o parágrafo anterior deverão ser apresentados, no prazo máximo de 10 (DEZ) dias contados do evento, sempre que ocorrer mudança na situação declarada, ou quando solicitados pela OPERADORA.

Art. 8º - A concessão de benefícios, sem cumprimento das carências, somente se dará durante os primeiros TRINTA dias decorridos:

I - da data de nascimento, se recém- nascido; ou

II - da adoção de filhos com idade inferior a DOZE anos.

Art. 9º - É assegurada a inscrição/adesão com isenção do cumprimento dos períodos de carência:

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4818

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como de dependente ou agregado familiar, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (TRINTA) dias do nascimento ou da adoção, mesmo que o(a) beneficiário(a) do ASSEC-SAÚDE IV esteja em carência para o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente (DLP), ou aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) ou Agravo;

II – do beneficiário que formalizar o pedido de inscrição/adesão em até 30 (TRINTA) dias da celebração do contrato coletivo/convênio ou de sua vinculação à pessoa jurídica patrocinadora;

Parágrafo Único - Em caso de inscrição de filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, realizada até 30 (TRINTA) dias contados do ato que concede a adoção, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário(a) declarado pai ou mãe.

Art. 10 - A critério da OPERADORA poderão ser solicitados exames pré-admissionais para adesão de quaisquer beneficiários, sejam os associados titulares, os associados especiais, e seus dependentes, sendo o associado titular ou especial o responsável por todas as declarações apostas nos documentos de inscrição/adesão.

Art. 11 - Os beneficiários inscritos no ASSEC-SAÚDE IV serão identificados por meio de CIB (Cartão de Identificação do Beneficiário), cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços forem solicitados, além do correspondente documento de identidade (com foto).

Tema III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 12 – Por este Regulamento a OPERADORA assegura aos seus beneficiários a assistência médica, independentemente do local de origem do evento, **e sempre mediante prévia autorização**, em consultórios, clínicas, pronto-socorros, hospitais, laboratórios, ambulatórios e demais estabelecimentos especializados na área médica, tais como os serviços de apoio diagnóstico, sempre nas redes credenciada ou referenciada, para tratamento das doenças listadas na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, desde que de acordo com os procedimentos especificados no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde editado, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento e, suas respectivas alterações posteriores.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4818

Parágrafo Único – Por este Regulamento a OPERADORA assegura a assistência médica, nos limites de suas TABELAS DE HONORÁRIOS, DIÁRIAS, TAXAS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS,

bem como do compartilhamento financeiro previsto na TABELA DE COPARTICIPAÇÃO, ambas anexas ao presente Regulamento.

Art. 13 - A segmentação ambulatorial, **e sempre mediante prévia autorização da Operadora**, compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, observadas as seguintes coberturas:

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

II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III - consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, acupuntura, terapeuta ocupacional e psicólogo, conforme indicação do médico assistente e de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento e nas Diretrizes de Utilização definidas pela ANS;

IV - psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, e previsto nas Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogos como por médico devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

V - procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente;

VI - a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;

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

VIII - atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU/SE
3214-4118

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

IX - remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente 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 intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

XII - radioterapia ambulatorial, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XIII - procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

XIV - hemoterapia ambulatorial;

XV - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Parágrafo Único – Estão incluídos, no atendimento referente ao tratamento básico, em regime ambulatorial, todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, o seguinte:

a) - atendimento às emergências psiquiátricas, 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 suicídios e auto-agressão);

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

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

c) - tratamento básico, prestado por profissional médico, assegurada a cobertura de consultas, serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, integrante do corpo clínico credenciado pela OPERADORA.

Art. 14 - A segmentação hospitalar com obstetrícia, **e sempre mediante prévia autorização da Operadora**, compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, observadas as seguintes coberturas:

I - internações hospitalares, em acomodação coletiva, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, observada a emissão de guia de encaminhamento previamente emitida pela administração da OPERADORA;

II - internações hospitalares em unidade de terapia intensiva (UTI), centro de terapia intensiva (CTI), ou similar, vedada a 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 Diretrizes de Utilização da ANS. Entende-se hospital-dia para transtornos mentais, como 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 em regime de internação hospitalar;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

V - despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI - 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, exclusivamente, durante o período de internação hospitalar;

VII - a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;

VIII - remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818

IX - despesas relativas a um acompanhante que incluem: acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 anos e com idade igual ou superior 60 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 odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo, a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista a finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XI - estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passiveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos a finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XII - 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;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

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;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214 4811

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.

XIII - cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XIV - cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XV - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento:

a) - cabe ao médico ou cirurgião assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, com observância do seguinte;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

b) - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

c) - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, poderá ser realizada avaliação de um profissional escolhido de comum acordo, cabendo a decisão final ao profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas da segunda opinião custeadas pela operadora;

XVI - internações de curta-permanência na modalidade de hospital-dia que se dará por indicação do médico assistente;

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-3818

XVII - procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e pós-parto;

XVIII - 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;

XIX - um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

XX - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor (titular), ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente (DLP) ou aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) ou Agravo;

XXI - transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e dos 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) - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

XXII - o beneficiário poderá dispor de tratamento em regime de hospital-dia de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, sempre não cumuláveis;

XXIII - tratamento de beneficiários portadores 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 com cobertura integral, pelo prazo máximo de TRINTA dias, contínuos ou não, por ano de contrato, não cumuláveis, podendo ser cobrada coparticipação a partir do 31º dia;

XXIV – o beneficiário poderá dispor de TRINTA dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade de enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para os portadores de transtornos

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-0818
Vânia E. C. P. Santos
Débora C. P. Santos
Escreventes

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

psiquiátricos em situação de crise, sempre não cumuláveis, podendo ser cobrada coparticipação a partir do 31º dia;

XXV - tratamentos clínicos relacionados à obesidade mórbida;

XXVI - disfunções de ATM.

Art. 15 - Se, por indicação médica, houver necessidade de prorrogação do tratamento, em regime ambulatorial e/ou hospitalar, dos portadores de transtornos psiquiátricos, ou de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, previstos nos incisos dos artigos anteriores, que exceda os limites previstos neste Regulamento, a responsabilidade financeira pelos atendimentos deverá ser prestada nos termos da coparticipação prevista em Resolução do Conselho de Administração e TABELA própria do ASSEC-SAÚDE IV, o que não caracteriza financiamento integral da internação.

Tema IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 16 - Estão excluídos da segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, os tratamentos/despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos NÃO previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e vigente à época do evento e os provenientes de:

I - fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar;

II - medicamentos não prescritos pelo médico assistente e quaisquer despesas hospitalares quando da iniciativa do beneficiário;

III - medicamentos importados não nacionalizados;

IV - próteses e órteses importados não nacionalizados (sem registro na ANVISA), salvo se nacionalizados com registro na ANVISA, desde que as próteses, órteses e seus acessórios só serão fornecidos quando houver ligação com o ato cirúrgico;

V - serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente ao tratamento do beneficiário;

VI - despesas de indenização por danos ou destruição de objetos;

VII - produtos de higiene pessoal;

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

VIII - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;

IX - exames e tratamentos sem prescrição médica;

X - transplantes, a exceção de córnea, de rim e dos transplantes autólogos;

XI - inseminação artificial considerada como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

XII - cirurgias plásticas e procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

XIII - tratamentos com finalidade estética e cosmética;

XIV - tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção do envelhecimento, com fins estéticos;

XV - internação em clínica de emagrecimento, consultas e exames decorrentes dessa, lipoaspiração, para fins estéticos, ainda que realizados por prescrição médica;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

XVI - tratamentos em *SPA*, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos, ainda que por indicação médica;

XVII - investigação diagnóstica eletiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XVIII - tratamento de calvície, ainda que realizado por prescrição médica;

XIX - consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

XX - enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXI - aplicação de injeções, soro, bem como o ato da coleta de material em domicílio;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU SE
3214-4818

XXII - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII - despesas com remoção em ambulância aérea;

XXIV - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXV - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);

XXVI - exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;

XXVII - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

XXVIII - atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

XXIX - 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;

XXX - aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XXXI - vacinas disponíveis na rede pública ou não reconhecidas pelo Ministério da Saúde, exceto as destinadas a parturientes portadores de sangue com fator RH negativo e aquelas cuja aplicação for tecnicamente justificada em casos de internação, urgência e emergência;

XXXII - serviços e despesas de qualquer natureza realizados em desacordo com o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, constante de Resolução Normativa e suas alterações posteriores, e este regulamento;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214481

XXXIII - estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXXIV - avaliação pedagógica;

XXXV - orientações vocacionais;

XXXVI - psicoterapia com objetivos profissionais;

XXXVII - especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina

XXXVIII - fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos;

XXXIX - tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XL - tratamentos ortodônticos;

XLI - próteses metalocerâmicas e de porcelana;

XLII - Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;

XLIII – implantes e transplantes ósseos;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Parágrafo Único – 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 Suplementar – ANS.

Tema V – DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 17 – A partir da inscrição/adesão, a vigência é inicialmente de 12 (doze) meses, tendo início a partir da data do deferimento da Proposta de Inscrição/Adesão no ASSEC-SAÚDE IV.

Art. 18 - A contratação terá renovação automática, na data do seu aniversário, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada à incidência de qualquer período adicional de carência.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818

Tema VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19 - Observadas as disposições anteriores, os beneficiários titulares ou especiais, e dependentes inscritos no ASSEC-SAÚDE IV somente farão *jus* aos serviços assistenciais especificados neste Regulamento, se cumpridos os seguintes prazos de carência, contados da data do deferimento da Proposta de Inscrição:

I – 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;

II - 60 (sessenta) dias, para consultas, exames básicos de diagnóstico e terapia, e cirurgias ambulatoriais;

III - 90 (noventa) dias, para exames/procedimentos especiais e cirurgias/terapias em regime ambulatorial;

IV - 180 (cento e oitenta) dias, para internações hospitalares (exceto para partos), remoção de pacientes (exceto para os casos de urgência e emergência) e, demais casos previstos no rol das coberturas assistenciais assegurados neste Regulamento;

V - 300 (trezentos) dias, para partos a termo.

§ 1º - Ingressados 30 (trinta) ou mais beneficiários no ASSEC-SAÚDE IV, não haverá carência para os beneficiários que formalizarem o pedido de inscrição/adesão até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica empregadora, patrocinadora contratante.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

§ 2º - Para fins de especificação do inciso III deste artigo, consideram-se procedimentos especiais:

- angiografia; audiometria; cateterismo cardíaco; cintilografia; colonoscopia; coronariografia; densitometria óssea; diagnose em oftalmologia e otologia; diálise peritonial/hemodiálise; dopller e dopller fluxometria; ecocardiograma / mapa / holter / teste ergométrico; eletrocardiograma; endoscopia; ergometria; escleroterapia; espirometria; exames anatomopatológicos; exames oftalmológicos especiais; fisioterapia; histeroscopia; impedanciometria; laparoscopia; laserterapia; litotripsia extra corpórea; mamografia; mapeamento com tálio ou gálio; medicina nuclear; neurofisiologia clínica; neurorradiologia; provas de função pulmonar; quimioterapia; radiografia contrastada; radiologia intervencionista; radioterapia; ressonância magnética; scanduplex; teste alérgico; tomografia computadorizaada; tratamento dermatológico; ultrassonografia; urodinâmica completa; videolaparoscopia; exames com valores acima de R$ 100,00 (cem reais).

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4918
Vânia E. S. P. Santos
Oficiala
Diretora Cartório
Escrevente

Tema VII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 20 - Para fins deste Regulamento, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP): aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com legislação vigente e normas da ANS;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal no momento da contratação;

III - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

IV - Neste plano de saúde, não se aplicará cláusula de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo nos casos de beneficiários portadores de doenças ou lesões preexistentes, quando o número de beneficiários for igual ou maior que 30 (trinta) e, a formalização do pedido de inscrição ocorrer até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Parágrafo Único – Constitui dever e/ou obrigação do beneficiário declarar a doença ou lesão preexistente quando da formalização da inscrição no ASSEC-SAÚDE IV, bem como quando da realização de qualquer tipo de exame ou perícia com vista à admissão no plano, sob pena de responder processo administrativo, junto à ANS, por indício de fraude, referente à omissão de conhecimento da DLP.

VI - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214848

VII - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso

de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a OPERADORA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

VIII - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

XIX - É vedada à OPERADORA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

X - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei n° 9.656/1998.

XI - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

XII - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a OPERADORA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

ASSEC ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Tema VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 21 – A OPERADORA garante a cobertura aos atendimentos de Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e de Emergência como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizados em declaração do médico assistente.

Parágrafo Único - Fica assegurada a cobertura integral nos casos de Urgência e Emergência após 24 (vinte e quatro) horas contadas da data do deferimento da Proposta de Inscrição/adesão.

Art. 22 – A OPERADORA através do ASSEC-SAÚDE IV oferece cobertura para atendimento de Urgências e Emergências em todo o segmento ambulatorial, bem como, àqueles que evoluírem para

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4818

internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, dentro da área de abrangência geográfica de cobertura deste plano de saúde.

Parágrafo Único - A assistência aos casos de urgência e emergência será garantida da seguinte forma:

I - Quando houver necessidade de atendimento em casos de urgências e emergências durante o cumprimento de prazos de carência, inclusive relacionados à doença ou lesão pré-existente, quando houver COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT, a cobertura assistencial será garantida por no máximo 12 (doze) horas de atendimento ambulatorial e, caso seja necessária para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo maior que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus ao ASSEC-SAÚDE IV, salvo no caso de AGRAVO;

II - Serão garantidos os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas da efetiva adesão do beneficiário ao plano;

III - Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes que estejam cumprindo período de carência, a OPERADORA estará obrigada a garantir o atendimento de urgência e emergência referente ao processo gestacional limitado às primeiras 12 (doze) horas em atendimento ambulatorial e, caso seja necessário para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e 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 beneficiário, não cabendo ônus à OPERADORA;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 23 - Fica assegurado ainda, o reembolso, nos limites das obrigações deste Regulamento e da TABELAS DE HONORÁRIOS, DIÁRIAS, TAXAS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de Urgência ou Emergência, quando, comprovadamente, não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela OPERADORA.

Art. 24 - As despesas serão reembolsadas de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares, praticados pela OPERADORA através do ASSEC-SAÚDE IV, devendo o beneficiário, para tanto, requerer, no prazo de até 12 (DOZE) meses da data do evento, mediante a apresentação dos documentos relacionados a seguir:

Cartório do 10º Of
ARACAJU-SE
3214-48
Vênnia E. C.
Débora
Escre

I - relatório do médico assistente, declarando diagnóstico, sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, tratamento efetuado e data do atendimento;

II - recibo ou nota fiscal de serviços e de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem;

III - no caso de contas hospitalares, o beneficiário deverá encaminhar à OPERADORA, o laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverão ainda ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários.

Parágrafo Único - O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado, através de depósito em conta corrente, no prazo máximo de 30 (TRINTA) dias, contados da data de entrega da documentação completa na sede da operadora.

Art. 25 - A OPERADORA garantirá a despesa com remoção inter-hospitalar, ou hospitalar-clínica, do beneficiário, em ambulância terrestre, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, com indicação e apresentação de laudo contendo justificativa e CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, do médico assistente para outro estabelecimento hospitalar ou clínica, dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste Regulamento.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 26 – Por este Regulamento a OPERADORA cobre os custos de remoção, após realizados os atendimentos classificados como Urgência e Emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao beneficiário e dentro do limite de abrangência geográfica.

Parágrafo Único - Será garantida a remoção para uma unidade do SUS, após o atendimento de urgência/emergência, no caso de beneficiário que ainda esteja cumprindo carência para internação, observando o seguinte:

I - Caberá à OPERADORA o ônus da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4181

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

II - Quando a remoção não for possível por risco de vida ou outra razão técnica, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus;

III - Na remoção, a OPERADORA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

IV - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Tema IX – DA UTILIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OFERECIDA E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 27 - Com vistas à prestação dos serviços assistenciais assegurados neste Regulamento, 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 da saúde, tudo constante do GUIA MÉDICO-HOSPITALAR, anexo.

Art. 28 - Os credenciamentos de assistência médico-hospitalar serão firmados diretamente pela OPERADORA, considerando os seguintes aspectos:

I – demanda de utilização dos serviços assistenciais, por área de especialidade;

II – qualificação técnica dos profissionais responsáveis;

III – nível de atendimento e a excelência dos serviços prestados;

IV – localidade do estabelecimento.

§ 1º - Havendo descredenciamento de estabelecimento hospitalar, durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no programa assistencial, o mesmo permanecerá internado, até a alta hospitalar e, as despesas apuradas correrão por conta da OPERADORA.

§ 2º - Ocorrendo o descredenciamento a que alude o artigo anterior, os beneficiários terão direito de prosseguir o tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde,

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3218-4191

integrante da rede (DIRECIONADA) 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 de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, a OPERADORA responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional para o mesmo.

§ 4º - A fiscalização da assistência contemplada no ASSEC-SAÚDE IV será exercida diretamente pela administração da OPERADORA, ou por pessoa especialmente designada para esse fim e, ainda, por seus beneficiários.

§ 5º - Constatada a irregularidade ou inadequação de serviços oferecidos será instaurada a competente sindicância pelo Conselho da Administração da OPERADORA.

Art. 29 - Na hipótese de não existirem, comprovadamente, hospitais, clínicas ou profissionais credenciados em determinada especialidade, na praça onde a assistência tenha sido realizada, a OPERADORA, após prévia análise, efetuará o reembolso das despesas decorrentes da utilização da assistência não mantida pela rede (DIRECIONADA) credenciada.

§ 1º - A garantia prevista no *caput* do artigo anterior é assegurada, na forma e dentro das limitações deste Regulamento, exclusivamente, aos casos de emergência e urgência, quando da impossibilidade, comprovada, de utilização, pelo beneficiário, dos serviços assistenciais de profissionais ou entidades credenciadas.

§ 2º - Para efeito de cálculo de reembolso previsto neste artigo, a OPERADORA adotará como parâmetro de remuneração de honorários médicos, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, CBHPM – 5ª ed. 2009, com redutor de 3% (três por cento), bem como os preços definidos nas Tabelas acordadas com a rede hospitalar (DIRECIONADA) credenciada, nas condições e limites previstos neste Regulamento.

§ 3º - Na ausência de prestadores credenciados que ofereçam o atendimento no município onde o serviço ou o procedimento for demandado, a OPERADORA concederá autorização para atendimento em prestador escolhido pelo beneficiário no mesmo município, em até 5 (CINCO) dias após a solicitação, salvo nos casos de urgência ou emergência.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-8018
Vânia E. C. P. Santos
Débora C. P. Santos
Escrevente

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

§ 4º - Não serão reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pela OPERADORA por força do Regulamento do ASSEC-SAÚDE IV.

Art. 30 - O beneficiário arcará com a despesa do procedimento por ele utilizado sem justificativa médica.

Parágrafo Único - No caso de divergência médica a respeito do procedimento realizado, fica garantido que a definição do impasse será através de uma junta médica, constituída pelo profissional solicitante, por médico da OPERADORA, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da OPERADORA.

Art. 31 - O pedido de reembolso, para fins da complementação, na forma de limitações prevista neste Regulamento, das despesas excedentes pagas, deverá ser feito em impresso próprio da OPERADORA, até o prazo de 30 (trinta) dias após a realização do procedimento, acompanhado da documentação probatória, exclusivamente de vias originais, que deverão obedecer aos seguintes requisitos:

I – entrega de requerimento impresso padronizado e assinado;

II - relatório do médico assistente declarando diagnóstico, sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, tratamento efetuado e data do atendimento;

III - recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem;

IV - no caso de contas hospitalares, o beneficiário deverá encaminhar à operadora laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e sua respectiva CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverão ainda ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos), através de conta analítica, e os respectivos preços unitários.

V – tratando-se de serviço prestado por pessoa jurídica, somente será aceita Nota Fiscal como documento hábil de comprovação das despesas a serem reembolsadas.

ASSEC ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4818 Vânia E. C. Oficiala Débora C. P. Escrevente

Art. 32 - Caso a documentação apresentada para reembolso contenha dados errados ou rasurados, que não permitam cálculo correto dos valores a serem reembolsados, a OPERADORA poderá solicitar que seja providenciado, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, outros documentos e/ou informações que se fizerem necessárias para tanto.

Art. 33 - O reembolso será efetuado, através de depósito em conta corrente, no prazo máximo de 30 (TRINTA) dias, contados da data de entrega da documentação completa na sede da operadora.

Art. 34 - Os beneficiários serão atendidos por profissionais ou entidades médico-hospitalares credenciadas, mediante apresentação do CIB (Cartão de Identificação do Beneficiário) do plano, 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 consultas, exames e tratamentos, terão validade de 30 (trinta) dias contados da data da sua emissão.

§ 2º - A apresentação da guia de encaminhamento a que se refere o *caput* deste artigo será dispensada nos seguintes casos:

I – até a 2ª (segunda) consulta médica no mesmo mês;

II – até a 5º (quinto) exame clínico laboratorial de análise clínica no mesmo mês;

III – raio X simples;

IV – atendimento de urgência e emergência.

Art. 35 - Ao ser atendido, o beneficiário e ou seu responsável deverá conferir e assinar a respectiva guia dos serviços prestados.

Art. 36 – As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, incluídas as despesas vinculadas (centro cirúrgico, instrumental cirúrgico, curativos e outros gastos necessários), bem assim os tratamentos clínicos e procedimentos especiais previstos no ***§ 2º, do Art. 20***, deste Regulamento, deverão ser previamente autorizados pela OPERADORA, mediante apresentação, pelo beneficiário, de relatório assinado pelo médico assistente (devidamente identificado, inclusive com o número do registro junto ao CRM – Conselho Regional de Medicina), indicativo do diagnóstico (CID), complicações, terapêutica adotada e expectativa de duração.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU/SE 3214-4218

§ 1º - O relatório a que se refere o *caput* do presente artigo, não será exigido na realização dos exames complementares, durante o período de internação.

§ 2º - O médico assistente poderá solicitar a prorrogação do tempo de internação, por intermédio de relatório fundamentado, em tempo hábil para que se proceda a verificação de autorização para a continuidade do tratamento.

§ 3º - A autorização acima referida dar-se-á, expressamente, na guia correspondente e cobrirá o tempo de permanência inicialmente solicitado ou concedido, sendo exigida para outra autorização, em caso de prorrogação do tratamento, nova justificativa técnica do médico assistente, em relatório assinado.

Art. 37 - As solicitações de autorização para a realização de internações eletivas, sobretudo as com finalidade de terapêutica cirúrgica, deverão ser analisadas perviamente pelo Setor de Perícia Médica da OPERADORA, a quem caberá a emissão de parecer técnico.

§ 1º - A autorização de internamento e expedição da correspondente guia de encaminhamento será concedida de acordo com a avaliação e parecer técnico do médico perito da OPERADORA, à luz de circunstanciado Relatório do médico assistente.

§ 2º - Com vistas à emissão do parecer técnico, referido no parágrafo anterior, o perito médico da OPERADORA poderá solicitar ao beneficiário que este requisite de seu médico assistente, maiores subsídios acerca da indicação dos exames e procedimentos constantes do Relatório.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

§ 3º - Solicitação idêntica à referida no parágrafo anterior, poderá ser requisitada ao beneficiário, relativamente à autorização dos procedimentos ambulatoriais.

§ 4º - Havendo divergência entre o parecer emitido pelo perito médico e a indicação do tratamento proposto pelo médico assistente, a OPERADORA autorizará que a divergência seja resolvida por uma Junta Médica composta pelo médico assistente, pelo médico perito e por um terceiro médico, escolhido de comum acordo com o beneficiário ou associado responsável, devendo a OPERADORA arcar com as despesas de tal intervenção.

§ 5º - A OPERADORA não autorizará a realização de internações na véspera, em relação aos procedimentos de caráter eletivos, salvo quando a situação clínica do beneficiário paciente assim o exigir.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE

§ 6º - Para os procedimentos que exigem autorização prévia, a resposta à solicitação será dada pela OPERADORA nos prazos máximos previstos nos normativos da ANS, a contar do momento da solicitação.

§ 7º - As internações realizadas em caráter de urgência ou emergência deverão ser comunicadas à OPERADORA, tão logo seja possível, mediante a apresentação do histórico do caso, fundamentado em Relatório do médico assistente, a fim de que seja emitida a correspondente guia de encaminhamento, sob pena da não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

§ 8º - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos podem ser solicitados tanto pelo médico assistente credenciado à rede (DIRECIONADA) própria da OPERADORA, assim como pelo médico assistente não credenciado.

Art. 38 – O associado titular ou especial responderá, integralmente, pelo ônus decorrente da contratação de honorários médicos e outros serviços, inclusive de seus dependentes (grupo familiar básico e agregado), quando:

I – omitida a condição de beneficiário da OPERADORA;

II – utilizado prestador de serviços não credenciado, em localidade onde houver entidade ou profissional contratado e devidamente habilitado a prestar os procedimentos ou serviços demandados, exceto nas situações de urgência ou emergência, bem assim nas hipóteses previstas no §2º, do Art. 35, deste Regulamento.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 39 - A realização de mais de uma consulta ao mesmo médico de mesma especialidade no período inferior a 30 (dias) dias, pelo mesmo beneficiário, será considerada retorno.

Parágrafo Único - Só será considerada uma nova consulta, se o médico instruir o pedido com a indicação do diagnóstico da doença de modo expresso ou em linguagem adotada pela CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, diferente do primeiro atendimento.

Art. 40 - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar, ocorrer por vontade da OPERADORA durante período de internação dos beneficiários, o estabelecimento obriga-se a manter a internação, e a OPERADORA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato entre a OPERADORA e o estabelecimento hospitalar.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4811

Art. 41 - Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a OPERADORA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Tema X – DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS E FORMA DE PAGAMENTO

Art. 42 – O ASSEC-SAÚDE IV possui COPARTICIPAÇÃO, que é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à OPERADORA, posteriormente a utilização do serviço.

I - Os valores ou percentuais referentes à coparticipação e franquia serão devidamente preenchidos no momento da contratação, de acordo com o normativo da ANS vigente à época, sendo:

- Segmento Ambulatorial:

a) Consultas no percentual de 30% (trinta por cento).

b) Exames Básicos de Apoio Diagnóstico no percentual de 30% (trinta por cento).

c) Exames Especiais de Apoio Diagnóstico no percentual de 30% (trinta por cento).

d) Procedimentos Básicos a nível ambulatorial, no percentual de 30% (trinta por cento).

e) Procedimentos Especiais a nível ambulatorial, no percentual de 30% (trinta por cento).

- Segmento Hospitalar:

a) A coparticipação e/ou franquia para internações clínicas ou cirúrgicas será cobrada conforme quadro abaixo:

a.1) Piso de R$ 100,00 (cem reais), por dia de internação, limitado ao teto de R$ 1.000,00 (mil reais);

b) - O valor estipulado a título de COPARTICIPAÇÃO e franquia neste procedimento se dará por internação.

II - O valor estipulado a título de coparticipação no segmento hospitalar se dará por cada internação.

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

Art. 43 - A contraprestação pecuniária relativamente aos serviços oferecidos pela OPERADORA será devida pelos associados beneficiários titular e dependentes (grupo familiar básico e agregados), cujos valores de contribuição serão obrigatoriamente divulgados através da TABELA DE CONTRIBUIÇÃO do corresponde ano civil, disponível na sede da OPERADORA, atualmente publicada por intermédio de Resolução do Conselho de Administração da ASSEC.

I - As mensalidades serão pagas pela pessoa jurídica patrocinadora, sendo que __% do valor das mensalidades serão custeados pela mesma, devendo a outra parte ser custeada pelo beneficiário titular.

II – No caso dos dependentes (grupo familiar básico e agregado), as mensalidades serão integralmente custeadas pelos beneficiário ou responsável financeiro devidamente declarado, sendo o beneficiário titular o principal responsável financeiro.

Art. 44 - A forma de recebimento da contraprestação e/ou mensalidade será realizada a critério da Administração do Plano, por meio de:

I – associados titulares e associados especiais empregados ativos dos patrocinadores, e respectivos dependentes familiares: desconto em folha de pagamento;

II – ex-empregado aposentado, exonerados e/demitido sem justa causa e pensionista: pagamento diretamente à OPERADORA mediante título bancário ou débito em conta corrente;

III - patrocinadores: crédito em conta corrente.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

IV – outras formas determinadas pelo Conselho de Administração da OPERADORA.

§ 1º - A liquidação de outros débitos dar-se-á na forma previstas nos incisos I, II e III deste artigo.

§ 2º - Os pagamentos referentes às contribuições mensais deverão ser efetuados até o dia 10 (dez) de mês subsequente, ou no primeiro dia útil posterior, quando o vencimento ocorrer em dia de feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela OPERADORA.

§ 3º - Para os casos de atrasos no pagamento das mensalidades, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, acrescida da atualização do valor da mensalidade, pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais ou outro índice eu venha substituí-los e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4810
Vânia E. C. P. Barreto
Oficial
Débora C. P. Barreto
Escrevente

§ 4º - Vencido o prazo de quitação das obrigações financeiras dos beneficiários, sem liquidação e sem contestação por parte do respectivo devedor ou responsável, o débito será considerado liquido e certo, devendo ser encaminhado para a cobrança extrajudicial, podendo ser levada à cobrança judicial, com acréscimos das despesas e ônus cabíveis.

Art. 45 - Na impossibilidade de se efetuar o desconto das contribuições ou mensalidades, ficará o beneficiário obrigado ao recolhimento direto na sede da OPERADORA até o penúltimo dia útil do mês em que não ocorrer o desconto.

Tema XI – DO REAJUSTE

Art. 46 – Nos termos da legislação vigente, o valor das contribuições e da coparticipação, no tocante a tabela de preços, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice pactuado entre patrocinadora e a ASSEC. Este reajuste será apurado no período de 12 meses consecutivos.

§1º - As contribuições prestadas pelos beneficiários poderão sofrer variações, decorrentes dos seguintes fatores:

I - impactação de custos, advindo de fatores não previstos que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para execução dos serviços cobertos por este Regulamento;

II - inserção de procedimentos médicos, ou também, de novos métodos de diagnostico e terapia;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

III - avanços tecnológicos do setor;

IV - mudança na legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira;

V - aumento imprevisto na utilização dos serviços assistenciais, decorrentes de elevados gastos com as despesas do fornecimento, com o consequente comprometimento dos fundos ou reservas destinadas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do programa assistencial;

VI - mudança de faixa etária;

a) - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 80% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4913 Vânia E. C. Oficial Substituta Débora C. Escrevente

b) - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

R = (S/ Sm) – 1

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses); Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

c) - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item "b", o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item "a" e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

§2º - A apuração do percentual de reajuste será realizada anualmente, salvo as variações pecuniárias decorrentes da mudança de faixa etária, sendo divulgada aos beneficiários associados e demais beneficiários com antecedência mínima de 30 (dias), e informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 30 (trinta) dias contados de sua aplicação.

§3º- O índice de correção monetária a ser aplicado, em virtude das perdas inflacionarias, será o IGP-DI, da Fundação Getúlio Vargas, nos limites permitidos e autorizados pela ANS.

§ 4º - No tocante a COPARTICIPAÇÃO, em que pese o percentual ser fixo, os valores dos serviços e eventos em saúde fornecidos obedecerão as Tabelas de Valores pactuadas entre a ASSEC e sua Rede (DIRECIONADA) de Prestadores, inclusive quando reajustadas.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 47 - O regime de contribuição dos associados poderá ser modificado por proposta do Conselho de Administração da OPERADORA, com a provação do Conselho de Administração e da Assembléia convocada para este fim.

Art. 48 – Em caso de eventual impugnação decorrente dos valores cobrados, deverá o associado apresentar manifestação por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da cobrança, perante o Conselho de Administração da ASSEC. Da resposta, caberá recurso à Assembléia Geral, no prazo de 05 (cinco) dias, contados do recebimento da notificação da decisão em questão.

Tema XII – FAIXAS ETÁRIAS

Art. 49 - Para os beneficiários titulares e seus dependentes inscritos no ASSEC-SAÚDE IV, na determinação dos valores de contribuição previstos no Regulamento serão observadas as seguintes faixas etárias e respectivas variações:

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

I - Faixas Etárias:

a) - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos _____%;

b) - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos _____%;

c) - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos _____%;

d) - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos _____%;

e) - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos _____%;

f) - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos _____%;

g) - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos _____%;

h) - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinqüenta e três) anos _____%;

i) - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos _____%;

j) - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais _____%.

II – Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente no Plano, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última da mensalidade, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

a) - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

b) - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

III – Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

IV – Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

Art. 50 - Para os beneficiários titulares e dependentes (cônjuge e filhos), o custeio do plano de assistência à saúde, ASSEC-SAÚDE IV, será realizado a critério da Administração do Plano, sendo composto por:

I - Contribuição da CEHOP equivalente a __% da Folha de Pagamento Bruta dos Titulares;

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4018

II - Contribuição dos Titulares equivalente a __% da Folha de Pagamento, com piso de R$ ___ e teto de R$ ___.

Tema XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 51 - Ao beneficiário titular que contribui para o ASSEC-SAÚDE IV, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de aposentadoria, exoneração ou demissão, sem justa causa é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, assim como, também é direito manter os dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, e por prazo definido neste Regulamento, e ainda conforme disposição legal e normativos da ANS, desde que assuma o pagamento integral (contribuição e coparticipação).

§ 1º - Ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o Plano em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário por tempo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, e sempre limitado ao prazo de vigência do Contrato/Convênio firmado com a patrocinadora. Se o período de contribuição for menor que 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário, obedecerá à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral, e sempre limitado ao prazo de vigência do Contrato/Convênio firmado com a patrocinadora. Tal direito é extensivo a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, sendo admitida a manutenção na condição de beneficiário pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

§ 2º - Ao ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa que contribuiu para o Plano, em decorrência de vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. O período de manutenção será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o Plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, e sempre limitado ao prazo de vigência do Contrato/Convênio firmado com a patrocinadora. Tal direito é extensivo a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, sendo admitida a manutenção na condição de beneficiário pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar sendo que para o grupo familiar básico.

§ 3º - A opção pela manutenção deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador acerca do desligamento.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

§ 4º - A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todos os dependentes do titular, desde que inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

§ 5º - Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes inscritos, pelos mesmos prazos e condições asseguradas ao Titular.

§ 6º - A condição de permanência, do beneficiário titular e dependentes, prevista neste artigo deixará de existir quando da admissão em novo emprego ou posse em cargo público considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão.

§ 7º - O beneficiário titular que optar pela manutenção, durante o período da manutenção poderá incluir dependente somente na condição de novo cônjuge e de filho(a).

§ 8º - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário aposentado, exonerado ou demitido sem justa causa, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

§ 9º - A condição de beneficiário deixará de existir:

a) - pelo decurso dos prazos de manutenção previstos em lei e normas expedidas, e suas posteriores alterações; ou

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

b) - pela admissão do beneficiário titular em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

c) - pelo cancelamento pelo empregador/patrocinadora do benefício do plano privado de assistência à saúde, concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

§ 10 - É assegurado ao ex-empregado aposentado, exonerado ou demitido sem justa causa, e aos seus dependentes vinculados ao Plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras que atendam as condições estabelecidas pela ANS.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU/SE
3214-4818

§ 11 - No caso de cancelamento da inscrição no **ASSEC SAÚDE IV**, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da OPERADORA, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) - A OPERADORA disponha de um plano individual ou familiar;

b) - O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

c) - O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

§ 12 - O empregado da patrocinadora contratante ou concedente que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito aos benefícios de permanência no plano.

Tema XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 52 - Será cancelada a inscrição do beneficiário:

I - Beneficiário titular:

a) - quando da solicitação e motivação, por escrito, da sua exclusão;

b) - por motivo de seu falecimento;

c) - pela inadimplência da contribuição e coparticipação por 60 (sessenta) dias, contados a partir da data que a obrigação tornou-se exigível;

d) - pela suspensão consensual do contrato de trabalho;

e) - por motivo de seu desligamento dos patrocinadores (empresa jurídica contratante) e;

f) – por fraude praticada pelo beneficiário, apurada de acordo com a legislação vigente.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4013 Vânia E. C. P. Santos Oficial Débora C. P. Santos Substituta

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

II – Dependente (grupo familiar básico):

a) - pelo cancelamento da inscrição do Titular ao qual for vinculado;

b) - por solicitação expressa e motivada do Titular;

c) - por motivo de seu falecimento;

d) - pela perda da condição exigida para sua inscrição/adesão na qualidade de dependente;

e) - por fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;

f) - pela inadimplência da contribuição e coparticipação por 60 (sessenta) dias, contados a partir da data que a obrigação tornou-se exigível;

g) - pelo encerramento do prazo de permanência do beneficiário.

III – Agregado familiar:

a) - pelo cancelamento da inscrição do Titular ao qual for vinculado;

b) - por solicitação expressa e motivada do Titular;

c) - por motivo de seu falecimento;

d) - pela perda da condição exigida para sua inscrição/adesão na qualidade de dependente;

e) - por fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente;

f) - pela inadimplência da contribuição e coparticipação por 60 (sessenta) dias, contados a partir da data que a obrigação tornou-se exigível;

g) - pelo encerramento do prazo de permanência do beneficiário titular.

§ 1º - O cancelamento da inscrição/adesão do beneficiário titular determinará o cancelamento da inscrição/adesão de todos os seus dependentes, salvo na hipótese de cancelamento por falecimento do beneficiário titular.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-0819

§ 2º - A solicitação do cancelamento deverá ser protocolizada pelo beneficiário titular, por escrito, na sede OPERADORA, não cabendo devolução das contribuições pagas até então.

§ 3º - Será cancelada a inscrição/adesão do beneficiário em caso de fraude, tentativa de fraude ou qualquer ato doloso contra a OPERADORA e as regras do ASSEC-SAÚDE IV e sem prejuízo da responsabilidade civil e das sanções penais cabíveis.

§ 4º - Será deferido o cancelamento até 60 (SESSENTA) dias após a solicitação, desde que:

a) - sejam devolvidos os CIBs de identificação do ASSEC-SAÚDE IV;

b) - inexistam débitos para com o ASSEC-SAÚDE IV; e

c) - seja assinado, pelo beneficiário titular, o Termo de Responsabilidade por quaisquer despesas em seu nome ou de seus dependentes.

Art. 53 - Cabe somente a pessoa jurídica patrocinadora contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários titulares, exceto nos casos de fraude, perda de vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência e nos casos de atraso de pagamento.

Art. 54 - Em caso de falecimento do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes destes regularmente inscritos no ASSEC-SAÚDE IV, mediante o pagamento das contribuições e coparticipação, previsto no plano de custeio, observadas as condições estabelecidas neste regulamento, desde que manifeste, por escrito, no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data do falecimento.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 55 - O beneficiário (titular ou dependente) terá sua inscrição/adesão cancelada quando comprovadamente infringir qualquer regra estabelecida neste Regulamento.

Art. 56 - O cancelamento da inscrição/adesão do beneficiário titular determinará igual efeito em relação a todos os seus dependentes.

Art. 57 - O beneficiário titular e dependente que deixar de recolher as contribuições ou coparticipação, mensalmente, e demais obrigações na data exigível terá a fruição de benefícios suspensa, a partir do SEXAGÉSIMO dia de atraso. Caso não regularize seu débito, terá sua inscrição/adesão cancelada se, após notificado, não liquidar o débito em 10 (dez) dias.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU - SE
3214-4818

§ 1º - O cancelamento da inscrição/adesão em relação ao ASSEC-SAÚDE IV não exime o beneficiário da obrigação de pagar seus débitos vencidos e vincendos, conforme utilização ocorrida até a data do cancelamento.

Art. 58 – Os filhos e enteados serão automaticamente excluídos do rol de beneficiários dependentes (do grupo familiar básico), ao excederem os limites de idade (21 anos) previstos neste Regulamento, ou quando da ocorrência das seguintes hipóteses:

I – casamento ou outra forma de união estável;

II – exercício de emprego ou atividade remunerada;

III – colação de grau em curso de nível superior;

IV – constituir estabelecimento civil ou comercial, com economia própria;

V – falecimento.

§ 1º- Nos casos previstos nos incisos I a V deste artigo, será assegurada a inscrição/adesão dos dependentes na categoria de agregado familiar, no plano especifico, mediante recadastramento, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da ocorrência do fato, sem cumprimento de carência desde que já o tenham cumprido enquanto dependentes.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

§ 2º - A utilização dos serviços prestados pela OPERADORA após a exclusão prevista neste artigo, sem o devido recadastramento, será considerada indevida, respondendo o beneficiário titular responsável, assim como, o seu dependente, pelas despesas integrais, sem prejuízos das penalidades legais e regulamentares em vigor.

§ 3º - A falta de comunicação do novo estado civil constitui fraude contra a OPERADORA e obriga o transgressor ao pagamento integral de todas as despesas a que tiver dado causa, desde a data do evento, com acréscimos legais.

Art. 59 - Caso haja extravio do CIB (Cartão de Identificação do Beneficiário), o beneficiário titular deverá comunicar o fato à OPERADORA, por escrito, no primeiro dia útil subsequente ao evento, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento integral das despesas decorrentes da utilização indevida de cobertura assistencial, sem prejuízos das penalidades legais e regulamentares em vigor.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-48

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

Art. 60 - O encerramento da operação do plano de saúde ASSEC-SAÚDE IV se dará de acordo com o Estatuto da OPERADORA, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Tema XV – DA EXTINÇÃO

Art. 61 - O plano poderá ser extinto por decisão da competente instância decisória conforme definido no Estatuto da OPERADORA.

Tema XVI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 62 - São obrigações dos patrocinadores:

I - efetuar o desconto das contribuições, mensalidades e coparticipações devidas em folha de pagamento de seus empregados inscritos no ASSEC-SAÚDE IV, repassando-as à OPERADORA;

II - efetuar o pagamento de suas contribuições mensais à OPERADORA;

III - acompanhar, junto à OPERADORA, o desempenho do ASSEC-SAÚDE IV.

Art. 63 - São obrigações dos beneficiários titulares:

I - manter-se informado sobre o regulamento do ASSEC-SAÚDE IV, zelando por sua correta aplicação;

II - efetuar o pagamento de suas contribuições e coparticipação mensais, assim como, as de seus dependentes;

III – efetuar ou cancelar as inscrições de seus dependentes, responsabilizando-se por informar à OPERADORA qualquer alteração que modifique os requisitos estabelecidos neste Regulamento, tais como: estado civil, união estável, emancipação ou renda;

IV - devolver à OPERADORA os CIBs, quando do cancelamento de sua inscrição/adesão ou de seus dependentes, responsabilizando-se por quitar quaisquer débitos então existentes em função da utilização do **ASSEC SAÚDE IV**.

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3218 4818

V - prestar esclarecimentos, informações, comprovações e submeter-se à perícia médica, assim como seus dependentes, quando solicitados pela OPERADORA.

Art. 64 - São direitos dos beneficiários titulares:

I - acompanhar o desempenho do ASSEC-SAÚDE IV;

II - recorrer das decisões à Assembléia em relação às decisões do Conselho de Administração e Presidência em relação à Gestão do ASSEC-SAÚDE IV;

III - obter informações relativas às despesas realizadas com sua assistência e a de seus dependentes; e

IV - encaminhar sugestões, denúncias e críticas à operadora ao Conselho de Administração da OPERADORA;

Art. 65 - São atribuições da OPERADORA:

I - processar as inscrições e exclusões dos beneficiários em quaisquer das categoriais;

II - emitir os CIBs;

III - solicitar o desconto em folha de pagamento das contribuições, mensalidades e coparticipação dos beneficiários do ASSEC-SAÚDE IV;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

IV - divulgar e manter os beneficiários informados sobre este regulamento, sobre Rede Credenciada (DIRECIONADA) e sobre os aspectos operacionais do ASSEC-SAÚDE IV;

V - emitir autorizações de atendimento nos casos previstos neste Regulamento;

VI - orientar e acompanhar a execução das atividades técnicas e administrativas;

VII - alocar pessoal necessário à administração geral, conforme necessidade;

VIII - contratar e colocar à disposição do ASSEC-SAÚDE IV o Gestor Técnico Médico;

IX - contratar empresas ou profissionais qualificados para executarem os trabalhos de auditoria e de perícias médicas;

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4818

X - contratar profissional ou empresa para elaborar as avaliações atuariais;

XI - promover, gerenciar e fiscalizar convênios com prestadores de serviços, zelando por sua qualidade, bom atendimento e adequada abrangência de cobertura;

XII - rescindir o contrato com qualquer integrante da Rede Credenciada (DIRECIONADA), bem como contratar novos serviços, sempre objetivando o aprimoramento dos serviços previstos neste regulamento;

XIII - aplicar no mercado de capitais os recursos arrecadados, zelando pela segurança e adequada rentabilidade das aplicações;

XIV - contabilizar a movimentação do ASSEC-SAÚDE IV, emitindo relatórios gerenciais ao final de cada trimestre civil;

XV - apresentar aos órgãos colegiados da ASSEC toda a documentação contábil e gerencial necessária para sua avaliação;

XVI - prestar, quando solicitada, esclarecimentos e informações referentes à execução de suas atribuições;

XVII - responsabilizar-se pelo relacionamento com os órgãos governamentais competentes;

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

XVIII – alterar ou promover modificações, no todo ou em parte, deste Regulamento, naquilo que for necessário e/ou determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou em decorrência de lei;

Art. 66 - O prestador de serviços assumirá perante a OPERADORA toda a responsabilidade técnica, civil e criminal relativa a diagnósticos, tratamentos, qualidade, adequação e proporcionalidade dos serviços prestados aos beneficiários do ASSEC-SAÚDE IV. Responderá integralmente, inclusive por regresso, caso a OPERADORA venha a sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo decorrente de serviços prestados por ele.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818
Vânia E. C. Santos
Oficiala
Débora C. P. Santos
Escrevente

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

Art. 67 - A gestão do ASSEC-SAÚDE IV será realizada de forma direta pela OPERADORA, vedada a terceirização do Programa de Promoção à Saúde - ASSEC-SAÚDE IV, ressalvados convênios de reciprocidade com entidades congêneres.

Art. 68 - Não caberá responsabilidade aos patrocinadores por imperícia, erro ou omissão dos profissionais, cirurgiões, médicos, enfermeiros e das demais pessoas que, direta ou indiretamente, participem do tratamento e/ou da intervenção cirúrgica, inclusive de quaisquer funcionários do estabelecimento prestador de serviço credenciado ou escolhido.

Art. 69 - A aceitação da inscrição/adesão de beneficiários dar-se-á em prazo não superior a 07 (sete) dias, contados da devolução da documentação a ele entregue, devidamente respondida, bem assim da documentação solicitada pela Administração da OPERADORA.

Art. 70 - O prazo mencionado no artigo anterior poderá ser prorrogado caso seja necessário, a critério da OPERADORA, para a realização de exames clínicos ou perícia médica, assim como a certificação acerca da titularidade, dependência ou vinculo de parentesco com beneficiários dependentes ou agregados familiares.

Art. 71 - Na hipótese de haver representação contra o beneficiário, por parte de profissional ou instituição, pela prática de atitudes hostis ou qualquer outro ato considerado ilícito, o Conselho de Administração da OPERADORA terá competência para apurar e tomar as providências cabíveis à resolução da controvérsia.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Art. 72 - A OPERADORA não se responsabiliza pelo insucesso do tratamento médico ou hospitalar, por eventual acidente operatório ou dano real ou suposto, ocasionado por medicamento ou tratamento ministrado por entidade médico-hospitalar.

Art. 73 - Antes de promover qualquer ação judicial contra a OPERADORA, ou terceiros, o beneficiário que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida pelo ASSEC-SAÚDE IV, deverá preliminarmente dirigir-se, por escrito, ao Conselho de Administração da OPERADORA, aguardando a resposta de sua reclamação no prazo de 30 (trinta) dias.

Parágrafo Único – Na hipótese de discordância quanto à decisão prolatada pelo Conselho de Administração, caberá recurso à Assembléia, no prazo de 05 (cinco) dias, contados do recebimento da notificação da decisão em questão.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818

Art. 74 - O Conselho de Administração da ASSEC expedirá normas complementares, mediante Resolução, necessária à regulamentação e bom desempenho do plano.

Art. 75 - Os casos omissos deste Regulamento serão resolvidos na forma de lei, analisada em conjunto com as normas expedidas pela ANS e pelo Conselho de Administração da ASSEC.

Art. 76 - Este regulamento fica sujeito à aprovação do Conselho de Administração e Homologação da Presidência da OPERADORA, entrando em vigor após, concluídas as aprovações.

Art. 77 - Fazem parte deste Regulamento os documentos entregues aos beneficiários que tratem de assuntos pertinentes ao plano ASSEC-SAÚDE IV. Dentre esses documentos, incluem-se: PROPOSTA DE INSCRIÇÃO/ADESÃO; DECLARAÇÃO DE SAÚDE; EXAME MÉDICO, quando for o caso; CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB); TABELA DE CUSTEIO, TABELA DE HONORÁRIOS E MATERIAIS; GUIA MÉDICO-HOSPITALAR.

Art. 78 - Para ampla compreensão sobre os efeitos deste Regulamento, ficam expressas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ASSEC ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4818

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: situação que deve preceder toda e qualquer utilização pelo beneficiário, salvo os casos de urgências ou emergência.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados neste regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a freqüência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do regulamento, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas neste regulamento.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pela Contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

Cartório do 10º Ofício
ARACAJU-SE
3214-4818
Oficial
Escrevente

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

REDE DE PRESTADORES DIRECIONADA: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário, cuja utilização será direcionada, exclusivamente, pela Operadora.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Tema XVII – ELEIÇÃO DE FORO

Art. 79 - Fica eleito, para dirimir eventuais questões decorrentes do cumprimento deste regulamento/contrato, em casos de litígio ou pendência judicial, o foro do domicílio do CONTRATANTE, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Art. 80 - Este Regulamento entra em vigor a partir de seu registro no Cartório Extrajudicial competente, ficando revogadas as disposições estabelecidas nos Regulamentos anteriores.

Aracaju/SE, 22 de 07 de 2019.

Conselho de Administração:

Robério Góis dos Santos – Presidente

Alberto Bezerra Silva – Vice-Presidente

Élide Teixeira Silveira – Conselheira

Marcos Henrique dos Santos – Conselheiro

Maria Tereza Ettinger Oliveira

ASSEC
ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA CEHOP

Cartório do 10º Ofício ARACAJU-SE 3214-4813 Vânia E. C. P. Santos Ofício Débora C. P. Santos Escrevente

Av. Adélia Franco, 3035 - Fone: (79) 3232-2104 | 3218-4191 | 4192 - CNPJ 13.170.410/0001-22 - CEP 49.027-010 - Aracaju - SE