

REGULAMENTO GERAL DE BENEFÍCIOS ODONTOLÓGICOS DO PLANO ODONTOCASSE

REGISTRO NA ANS 455.832/07-4

NATUREZA, DENOMINAÇÃO E OBJETIVOS

Art. 1º A CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANESE - CASSE, inscrita no CNPJ sob número 13.086.566/0001-20, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob número 33578-9, classificada como autogestão Multipatrocínada, com sede na Av. Simeão Sobral, 708 – Bairro Santo Antônio, - CEP 49060-640, através deste Regulamento traça as diretrizes do Plano ODONTOCASSE com características de contrato Coletivo por Adesão.

Art. 2º São Patrocinadores do Plano ODONTOCASSE:

I - Banco do Estado de Sergipe S/A - BANESE - Patrocinadora Instituidora

CNPJ - 13.009.717/0001-46

Endereço - Rua Olímpio de Souza Campos Júnior, 31 Inácio Barbosa, Aracaju – SE, CEP: 49040-840;

II - Sergipe Administradora de Cartões e Serviços Ltda.-SEAC

CNPJ - 03.847.413/0001-02

Endereço – Rua Gutemberg Chagas, 222 - Bairro Inácio Barbosa - Aracaju-SE CEP – 49045-780;

III - Banese Administradora e Corretora de Seguros Ltda.

CNPJ - 13.180.351/0001-73

Endereço – Praça da Bandeira, 104 - Bairro São José - Aracaju-SE – CEP 49015-020;

IV - Instituto Banese de Seguridade Social - SERGUS

CNPJ - 15.582.513/0001-25

Endereço - Av. Augusto Maynard, 321 - 1º andar - Bairro São José - Aracaju-SE - CEP 49015-380;

V - Caixa de Assistência dos Empregados do Banese - CASSE

CNPJ - 13.086.566/0001-20

Endereço - Av. Simeão Sobral, 708 - 1º andar - Bairro Santo Antônio – Aracaju-SE - CEP-49060-640.

Art. 3º O Plano ODONTOCASSE, registrado na ANS sob número 455.832/07-4, se destina aos empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados das entidades patrocinadoras, além de ocupantes dos cargos de diretoria executiva da patrocinadora instituidora, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, para a prestação continuada de serviços odontológicos, na forma do Art. 1º, inciso I da Lei 9656/98, no Estado de Sergipe.

CONDIÇÕES PARA ADESÃO

Art. 4º A adesão ao Plano ODONTOCASSE é opcional e espontânea para os funcionários das patrocinadoras, da mesma forma para o que se refere à inclusão do grupo familiar ou dependentes por parte do beneficiário titular.

Art. 5º O Plano ODONTOCASSE possui três tipos de beneficiários:

I - Beneficiários titulares;

II - Beneficiários dependentes;

III - Beneficiários agregados familiares

Art. 6º São considerados beneficiários titulares:

I - Empregados das empresas patrocinadoras com vínculo empregatício ativo, incluídos aqueles afastados com licença por interesse particular ou à disposição de outros órgãos;

II - Empregados das empresas patrocinadoras com vínculo empregatício inativo tais como aposentados e despedidos sem justa causa;

III - Membros da Diretoria Executiva da Patrocinadora Instituidora, enquanto permanecerem no exercício dos respectivos cargos.

Parágrafo Primeiro Os beneficiários titulares poderão permanecer no Plano de acordo com as seguintes condições:

I - Beneficiários com vínculo empregatício ativo com qualquer das patrocinadoras ou seja, empregados ativos das pessoas jurídicas contratantes, incluídos aqueles de licença para interesse particular e à disposição de outros órgãos - poderão permanecer no Plano, juntamente com os dependentes e agregados, mediante o cumprimento das obrigações descritas neste Regulamento até que ocorra rescisão contratual com a patrocinadora, quando poderá passar para a condição de Beneficiário com vínculo empregatício inativo;

II - Beneficiários com vínculo empregatício inativo com qualquer das patrocinadoras - Aposentados - poderão permanecer no Plano, juntamente com os dependentes e

agregados, responsabilizando-se pelo pagamento da contribuição anteriormente paga pela patronal, na forma descrita neste Regulamento;

III - Beneficiários com vínculo empregatício inativo com qualquer das patrocinadoras – Ex-empregados demitidos sem justa causa - poderão permanecer no Plano, juntamente com os dependentes e agregados, pelo período de um terço do tempo que contribuiu para a CASSE, sendo assegurado um mínimo de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses, responsabilizando-se pelo pagamento da contribuição anteriormente paga pela patronal, na forma descrita neste Regulamento;

IV - Beneficiários sem vínculo empregatício com as patrocinadoras - Ocupantes da Diretoria Executiva da patrocinadora instituidora - Poderão permanecer no Plano, juntamente com os dependentes e agregados, durante o tempo de ocupação do cargo.

Parágrafo Segundo No caso de falecimento do cônjuge supérstite ou do beneficiário titular que não possuía cônjuge ou companheiro, os dependentes poderão permanecer no Plano.

Art. 7º A qualquer tempo os beneficiários titulares poderão inscrever na categoria de:

I - Beneficiário dependente:

1. o(a) cônjuge, ou companheiro(a), assim compreendido aquele(a) que satisfaça às exigências da legislação civil em vigor;
2. os filhos menores de 21 (vinte e um) anos.

II - Beneficiário agregado familiar:

1. os filhos maiores de 21(vinte e um) anos e os inválidos ou excepcionais acima de 21 anos;
2. netos;
3. enteados;

4. menor que se ache sob sua guarda e responsabilidade ou sob sua tutela, reconhecida por determinação judicial, mediante comprovação.

Parágrafo Primeiro A inscrição de cônjuge ou companheiro implica na exclusão do ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo em casos de decisão judicial, quando será inscrito na categoria "beneficiário agregado familiar".

Parágrafo Segundo A inclusão de beneficiários dependentes e de beneficiários agregados familiares encontra-se subordinada ao cumprimento dos prazos de carência previstos neste Regulamento, bem assim à comprovação de vínculo familiar.

Art. 8º Os filhos dos beneficiários nascidos ou adotados (recém-nascidos) terão direito à cobertura assistencial, durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida.

Art. 9º É assegurado ao recém-nascido filho natural ou adotivo dos beneficiários a inscrição no Plano como dependente, com isenção das carências, desde que a inscrição ocorra até 45 (quarenta e cinco) dias do nascimento ou da adoção.

Art. 10 Para inscrição de dependentes menores de 12 (doze) anos serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário.

EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 11 A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9656/98;
- b) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

3. Caberá tão-somente ao patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

4. A operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Art. 12 Para a efetivação da exclusão, a CASSE notificará o beneficiário titular até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Art. 13 Na exclusão o beneficiário obriga-se a devolver à CASSE, a respectiva carteira de identificação e dos seus dependentes e agregados, sob pena de responsabilizar-se diretamente, perante o prestador dos serviços, pelas despesas integrais, sem prejuízo das medidas legais cabíveis.

DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO APÓS ALTERAÇÃO NO CONTRATO DE TRABALHO

Art. 14 No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa 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 assumo o seu pagamento integral.

Parágrafo Primeiro O período de manutenção da condição de beneficiário acima referido será de um terço do tempo de permanência no Plano ODONTOCASSE ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo Segundo Essa condição deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego.

Parágrafo Terceiro A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

Art. 15 Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano.

Art. 16 É assegurado aos aposentados o direito de permanência no plano como beneficiário, juntamente com dependentes e agregados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que se responsabilize também pelo pagamento da contribuição anteriormente paga pela patronal.

Art. 17 O direito assegurado nos itens acima não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS

Art. 18 Está garantido ao USUÁRIO TITULAR e seu (s) eventual (ais) USUÁRIO (S) DEPENDENTE (S) o atendimento odontológico, visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde /10º Revisão - CID 10, respeitando as exclusões constantes neste regulamento, compreendendo as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei n.º 9656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

Art. 19 - A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo a cobertura dos exames clínicos, de procedimentos de diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia;

Art. 20 O Plano ODONTOCASSE oferece cobertura para todo o rol de procedimentos vigentes na época do evento, compreendendo os seguintes serviços:

I - Diagnóstico:

1. consulta inicial: consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico.
2. avaliação técnica (auditoria)
3. exame histopatológico
4. exame de glicemia
5. exame de sangue – hemograma completo
6. exame de sangue – coagulograma

II - Tratamentos de Urgência Odontológica:

1. curativo em caso de hemorragia bucal
2. curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.
3. imobilização dentária temporária: Procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.
4. recimentação de peça protética: Consiste na recolocação de peça protética;
5. tratamento de alveolite: Consiste na limpeza do alvéolo dentário;
6. colagem de fragmentos: Consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;

7. **incisão e drenagem de abscesso extra oral:** Consiste em fazer uma incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
8. **incisão e drenagem de abscesso intra-oral:** Consiste em fazer uma incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
9. **reimplante de dente avulsionado:** Consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

III - Radiologia:

1. radiografia periapical
2. radiografia bite-wing
3. radiografia oclusal
4. Radiografia Panorâmica

IV – Prevenção saúde bucal:

1. **orientação de higiene bucal:** Consiste em informar e motivar o beneficiário quanto à necessidade de manter a higiene bucal, devendo ser fornecida orientação quanto: a) aos métodos de higienização e seus produtos, tais como escovas dentais, fios dentais, cremes dentais e antissépticos orais, tanto no que diz respeito à qualidade quanto ao uso; b) à cárie dental; c) à doença periodontal; d) ao câncer bucal ; e e) à manutenção de próteses;
2. **evidenciação de placa bacteriana:** Consiste no uso de substâncias evidenciadoras, para identificação da presença de placa bacteriana;
3. **aplicação tópica profissional de flúor:** Consiste na aplicação direta de produtos fluorados sobre a superfície dental, mantendo-os por determinado tempo, podendo ser feita com aplicadores ou moldeiras, e sendo realizada, somente, após profilaxia;
4. **aplicação de selante:** Consiste na aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluidas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fóssulas e sulcos de dentes posteriores decíduos e/ou permanentes.
5. **profilaxia - polimento coronário:** Consiste no polimento através de meios mecânicos da superfície coronária do dente.

V - Dentística:

1. restauração de 1 (uma) face: Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em uma face.
2. restauração de 2 (duas) faces: Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em duas faces;
3. restauração de 3 (três) faces: Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em três faces;
4. restauração de 4 (quatro) faces: Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em quatro faces;
5. restauração de ângulo: Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em ângulo;
6. restauração a pino: Consiste em fixar pinos, metálicos ou não, à coroa remanescente para que se possa confeccionar uma restauração com maior resistência e retenção;
7. restauração de superfície radicular: Consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, na raiz.
8. Aplicação de cariostático – consiste na aplicação de medicamento que visa estacionar o processo de cárie bem como a eliminação de sítios de retenção de biofilme.
9. Adequação do meio bucal – consiste na remoção de tecido cariado e colocação de material obturador provisório; e remoção/diminuição de excessos/arestas ou rugosidades em restaurações/próteses fixas.
10. Núcleo de preenchimento – consiste na reconstrução de dentes seriamente comprometidos pelo processo carioso, antes da confecção de uma restauração definitiva, não envolvendo câmara radicular.

VI - Periodontia:

1. raspagem supra-gengival, alisamento e polimento coronário: Consiste na remoção de induto e/ou cálculo supra-gengival seguido de alisamento e polimento coronário (ausência de bolsa periodontal);
2. raspagem, supra e sub-gengival alisamento e polimento radicular: Consiste na remoção de induto e/ou cálculo supra e sub-gengival, seguida de alisamento e polimento dentário radicular até 4 mm;
3. curetagem de bolsa periodontal: Consiste na remoção de fatores de retenção da placa subgengival (presença de bolsa periodontal, além de 4 mm de profundidade);
4. imobilização dentária temporária: Consiste na imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por doença periodontal.
5. cunha distal – tratamento cirúrgico de bolsas periodontais com defeito ósseo-angular na superfície distal de molares que dispõe de gengiva inserida reduzida.
6. cirurgia periodontal a retalho - procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais infra-ósseas (acima de 4 mm) através de retalho mucoperiosteal e, subsequente debridamento da superfície radicular e correção de irregularidades das cristas ósseas.
7. sepultamento radicular - procedimento cirúrgico que consiste em retalho mucoperiosteal e nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical) à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho.

VII - Endodontia:

1. pulpotomia: Consiste em remover cirurgicamente a polpa coronária, em dentes decíduos e/ou permanentes;
2. remoção de obturação radicular: Consiste em retirar o material obturador em conduto radicular;
3. remoção de núcleo intrarradicular: Consiste em retirar o núcleo metálico da cavidade intrarradicular com finalidade endodôntica ou protética;
4. tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto: Consiste em realizar manobra em dentes com um conduto radicular, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento do conduto com material próprio;

5. tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos: Consiste em realizar manobra em dentes com dois condutos radiculares independente do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento dos condutos com material próprio;
6. tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos: consiste em realizar manobra em dentes com três condutos radiculares independentes do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento dos condutos com material próprio;
7. tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais: consiste em realizar manobra em dentes com quatro ou mais condutos radiculares independente do número de raízes, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico mecânico e preenchimento dos condutos com material próprio;
8. tratamento endodôntico em dentes decíduos: consiste em remover a polpa coronária e radicular e preencher a câmara e condutos com material obturador;
9. retratamento de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares: consiste na remoção do material obturador do conduto radicular, preparo químico e mecânico quando indicado e seu preenchimento com material apropriado em dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.
10. capeamento pulpar direto – excluindo restauração final – consiste em utilizar manobras para recuperar um dente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda através da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e evitar o tratamento endodôntico.
11. tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta – consiste no tratamento endodôntico específico com objetivo de fechamento do forame apical por um tecido duro mineralizado (apicificação e apicegênese).
12. tratamento de perfuração radicular – consiste no tratamento medicamentoso para selamento de perfuração radicular, por via endodôntica.

VIII - Cirurgia:

1. alveoloplastia: consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas;

2. apicectomia unirradicular: consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida da ressecção do ápice radicular em uma raiz;
3. apicectomia birradicular: consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida da ressecção do ápice radicular em duas raízes;
4. apicectomia trirradicular: consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida da ressecção do ápice radicular em três raízes;
5. apicectomia unirradicular com obturação retrógrada: consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em uma raiz;
6. apicectomia birradicular com obturação retrógrada: consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em duas raízes;
7. apicectomia trirradicular com obturação retrógrada: consiste em remover cirurgicamente a zona patológica periapical, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida de ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical em três raízes;
8. aumento de coroa clínica: consiste em expor a coroa dental, sempre acompanhada de rebaixamento ósseo;
9. biopsia: consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido, mole e/ou duro, para fins de exame anatomo-patológico;
10. cirurgia de torus mandibular bilateral: consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas, na região da mandíbula;
11. cirurgia de torus palatino: consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas, na região do palato;
12. cirurgia de torus unilateral;
13. correção de bridas musculares: consiste em realizar uma incisão cirúrgica na região do sulcogengival;
14. excisão de mucocele: consiste em remover cirurgicamente lesão tumoral dos tecidos moles que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal, principalmente nos lábios;

- 15.** excisão de rânula: consiste em remover cirurgicamente um tipo de cisto de retenção que ocorre especificamente no assoalho da boca, em relação aos condutos excretores das glândulas salivares, principalmente sublinguais;
- 16.** exodontia a retalho: consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados que exijam a abertura cirúrgica da gengiva;
- 17.** exodontia de raiz residual: consiste em realizar extração dentária da porção radicular de dentes que já não possuem a coroa clínica;
- 18.** exodontia simples: consiste em realizar extração dentária de dentes normalmente implantados;
- 19.** exodontia múltipla: consiste em remover cirurgicamente mais de um elemento dentário na mesma hemi arcada, durante o mesmo tempo anestésico;
- 20.** gengivectomia: Procedimento cirúrgico/periodontal que consiste na redução da bolsa supra óssea. Indicada para bolsas acima de 3mm;
- 21.** redução cruenta (fratura alvéolo-dentária): consiste em reduzir o alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta);
- 22.** redução incruenta (fratura alvéolo-dentária): consiste em reduzir o alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada);
- 23.** frenectomia labial: consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base do lábio, denominado hipertrofia de freio;
- 24.** frenectomia lingual: consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da língua, denominado hipertrofia de freio;
- 25.** remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados): consiste em remover dentes cuja parte coronária está coberta por mucosa ou quando a totalidade do dente encontra-se no interior da porção óssea;
- 26.** sulcoplastia: consiste em realizar uma incisão cirúrgica na região do sulco gengival com a finalidade de aumentar a área chapeável para próteses;
- 27.** ulectomia: consiste em remover cirurgicamente a porção superior de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados;
- 28.** ulotomia: consiste em realizar incisão do capuz mucoso para que o dente permanente possa erupcionar.

29. exodontia de dente decíduo – consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos.

30. odontosseção – consiste em realizar a separação da estrutura dentária, mediante corte, tendo por finalidade:

1- a manutenção da parte sadia e a remoção da parte comprometida;

2- o tratamento da área periodontal afetada com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas; pode ainda ser usada para facilitar a extração do elemento dentário.

31. amputação radicular – consiste em remover cirurgicamente parte da porção radicular de dentes com duas raízes ou mais, conservando a coroa e a(s) raiz (es) remanecente(s).

SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art. 21 Não estão cobertos pelo Plano ODONTOCASSE:

I - procedimento classificado como estético, de qualquer natureza;

II - implantes e os exames/procedimentos a eles vinculados;

III - próteses e todos os exames necessários à sua realização;

IV - demais procedimentos não previstos no Plano e não constante do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde – ANS;

V – tratamentos ilícitos ou não éticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

VI – Fornecimento de aparelhos ortodônticos

No caso de utilização de serviços não cobertos pelo Plano, os valores do tratamento correrão por conta exclusiva do beneficiário.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 22 Para os fins do disposto neste regulamento, em consonância com o art.35C, incisos I e II da Lei n ° 9656/98 entende-se por emergência, todos os eventos que implicarem em risco imediato de vida ou em lesões irreparáveis para o usuário, caracterizados por declaração do odontólogo assistente e por urgência, todos aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Art. 23 Estão cobertas as urgências e emergências dos seguintes casos:

I – curativo e ou sutura em caso de hemorragia bucal;

II - curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose;

III - imobilização dentária temporária;

IV - recimentação de peça protética;

V - tratamento de alveolite;

VI - colagem de fragmentos;

VII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral;

VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral;

IX - reimplante de dente avulsionado

Parágrafo Primeiro Além desses, também será coberto os procedimentos incluídos no Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde – ANS, vigente à época do evento e definidos como de urgência/emergência.

Parágrafo Segundo O atendimento de urgência e emergência decorrente de acidente pessoal será garantido sem restrições depois de decorridos 24 horas da assinatura da proposta de adesão.

Art. 24 É garantido o reembolso na ocorrência de urgência e emergência nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência à saúde bucal, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela CASSE, de acordo com a relação de preços de serviços praticados com a rede de credenciados na época do pagamento, não podendo ser menor que estes, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada.

REEMBOLSO DE DESPESAS

Art. 25 O Plano ODONTOCASSE prevê o reembolso de despesas decorrentes da utilização, pelos beneficiários, de serviços prestados por profissionais e clínicas não credenciados, para todos os procedimentos cobertos, inclusive para as coberturas abaixo descritas:

I - Consultas Odontológicas;

II - Exames Odontológicos Complementares;

III - Prevenção Odontológica;

IV – Periodontia;

V – Dentística;

VI – Endodontia;

VII - Cirurgia Odontológica Ambulatorial

Parágrafo Primeiro Para efetivação do reembolso serão observadas as exigências de carência, autorização prévia e perícia, estabelecidas para a utilização dos serviços prestados por credenciados.

Parágrafo Segundo O ressarcimento será destinado ao beneficiário titular, cujo cálculo do valor terá como base os critérios de compartilhamento definidos no plano de custeio para os casos de utilização da rede credenciada, e os valores da tabela em vigor na CASSE, não podendo ser inferiores aos praticados na data do pagamento.

Parágrafo Terceiro As contas enviadas com solicitação de reembolso serão auditadas, pelo mesmo critério utilizado para análise das faturas emitidas por credenciados, sendo as glosas excluídas do cálculo para o ressarcimento.

Parágrafo Quarto O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso.

Parágrafo Quinto A concessão dos reembolsos será efetuada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à CASSE, da solicitação acompanhada da seguinte documentação:

- I - requerimento em impresso padronizado assinado pelo beneficiário titular;
- II - via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CASSE (Recibos e Notas Fiscais);
- III - conta analítica (fatura) discriminada e detalhada;
- IV – relatório emitido pelo odontólogo, indicando a patologia, traumas ou complicações havidas, no caso de urgência e emergência.

Art. 26 Caso a documentação apresentada para reembolso contenha dados incorretos ou rasuras, que impeçam a análise do pleito, a CASSE poderá solicitar outros documentos e/ou informações que se fizerem necessárias para tanto.

Art. 27 As solicitações de reembolso terão os valores depositados na conta do beneficiário titular.

CARÊNCIAS

Art. 28 Todos os beneficiários inscritos somente farão jus aos serviços contratados após cumprimento dos prazos de carência abaixo descritos, que serão contadas em dias corridos, a partir da data da inscrição ou do primeiro pagamento.

I – Atendimento de urgência e emergência – 24 horas;

II – Consulta, Radiologia e Prevenção – 30 dias;

III – Dentística - 60 dias;

IV- Endodontia e Periodontia - 90 dias;

V – Cirurgias -180 dias

Parágrafo Único Não será exigido o cumprimento de carências se:

- 1) A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.
- 2) O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data do ingresso do beneficiário no plano.

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS

Art. 29 O atendimento será realizado pela rede credenciada da CASSE mediante a apresentação da Carteira do Plano Odontológico CASSE e de documento de identidade.

Art. 30 Para realização de todos os procedimentos é exigido autorização prévia da CASSE, bem como perícia posterior.

Parágrafo Primeiro A resposta à solicitação de autorização prévia deve ser emitida no prazo máximo de um dia, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Parágrafo Segundo Nos casos de divergência a respeito de autorização prévia fica garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por odontólogo indicado pela CASSE e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CASSE.

Art. 31 Sobre os Procedimentos cobertos incidirão co-participação de 20% (vinte por cento).

Art. 32 A rede de credenciados do Plano ODONTOCASSE está disponível no endereço eletrônico da CASSE, bem como através do impresso Manual de Credenciados distribuído entre os beneficiários e ainda por meio telefônico mediante consulta.

Art. 33 Ao final do tratamento o beneficiário ou seu responsável deve conferir cuidadosamente os serviços prestados e assinar posteriormente a fatura.

PAGAMENTO DA MENSALIDADE E CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 34 O beneficiário titular obriga-se a pagar à CASSE, reconhecendo como dívida líquida e certa, a partir do ato de sua adesão:

I - As mensalidades, com valor pré-estabelecido, e único independentemente da idade, pagas por beneficiário, na data de seus vencimentos;

II - Co-participação por utilização;

III - Os valores dos procedimentos não periciados, acrescidos de 20% a título de taxa administrativa.

Art. 35 Para os casos de atrasos no pagamento, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) ao mês, acrescida da atualização do valor pelos índices aplicáveis aos débitos judiciais ou outro índice que venha a substituí-los e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

Art. 36 As mensalidades do plano serão pagas, uma parte pela pessoa jurídica patrocinadora, devendo a outra parte ser custeada pelo beneficiário.

Art. 37 O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a Contratante por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante.

Art. 38 Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

REAJUSTE

Art. 39 As contribuições prestadas pelos beneficiários poderão sofrer variações que deverão ser comunicadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar até 30 (trinta) dias após sua aplicação, conforme a seguir descrito:

I - Reajuste financeiro - quando da variação de custo odontológico, anualmente;

II - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

Parágrafo Primeiro O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 30 % (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.

Parágrafo Segundo 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

Parágrafo Terceiro Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item II, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item I e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Parágrafo Quarto Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item I, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Parágrafo Quinto Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

Parágrafo Sexto Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

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

Art. 40 Fica estabelecido o mês de novembro de cada ano como data base para aplicação de reajuste financeiro nas contribuições dos beneficiários do Plano ODONTOCASSE, tendo como parâmetro máximo o percentual divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 41 A variação de contribuição decorrente de um dos fatores não exclui a dos demais.

Art. 42 Independentemente do reajuste a que se refere o Artigo 36, adequações de valores de mensalidades, para corrigir eventual desequilíbrio financeiro entre as receitas e as despesas, poderão ser adotadas, a qualquer época, em conformidade com a legislação pertinente.

VIGÊNCIA

Art. 43 Este Regulamento tem vigência indeterminada, não sendo exigido o pagamento de qualquer taxa ou outro valor para sua renovação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44 É reservado à OPERADORA o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissionais, sob a égide da Lei 9656 de 1998 e quaisquer outras Regulamentações pertinentes, sendo então adotadas as seguintes medidas de regulação:

I - A habilitação do BENEFICIÁRIO, no exercício do seu direito de uso, em toda a rede de prestadores durante a vigência do regulamento, ocorrerá com a apresentação do seu cartão individual de identificação, expedido pela OPERADORA, acompanhado da sua carteira de identidade.

II - A OPERADORA poderá solicitar informações complementares ao DENTISTA assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

III- As divergências de natureza ODONTOLÓGICA, relacionadas com os serviços, objeto deste regulamento, serão dirimidas por uma junta técnica composta por 3 (três) profissionais: um nomeado pela Operadora, outro pelo Beneficiário e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois profissionais anteriores. Caso não haja acordo quanto ao profissional desempatador, este será designado pela associação representativa dos cirurgiões dentistas, sendo os honorários deste assumidos pela Operadora, bem como do odontologista do beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

IV - Os serviços, diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos serão solicitados pelo cirurgião-dentista ou médico assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora, todavia sua realização será obrigatoriamente realizada pela rede credenciada. Nos casos de emergência e urgência, o beneficiário poderá utilizar os serviços não credenciados, sendo garantido o reembolso no mesmo valor praticado na rede credenciada.

V - É obrigatoriamente entregue ao BENEFICIÁRIO, quando de sua inscrição, cópia do Regulamento e carteira de identificação, de forma impressa, descrevendo, em linguagem simples e precisa, todas as características operacionais do plano, constando também a apresentação da rede assistencial própria e credenciada disponível para sua utilização.

VI - Ficará disponível na sede da OPERADORA, na internet para o BENEFICIÁRIO as atualizações do Regulamento.

VII - Este Plano possui CO-PARTICIPAÇÃO, que é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à OPERADORA, posteriormente à utilização do serviço, de acordo com o normativo da ANS vigente na época da contratação.

VIII - Haverá co-participação no valor ou percentual assinalado abaixo para as coberturas, cujos valores referência serão estabelecidos no ato da contratação:

- No percentual de 20%.

IX - A OPERADORA poderá a qualquer momento, durante a vigência deste regulamento, adotar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários, sem a cobrança de pagamento.

X - São considerados como parte integrante deste Regulamento a listagem de Rede Credenciada.

Art. 45 O presente Regulamento poderá sofrer alterações a qualquer tempo, a critério da CASSE, sempre em estrita consonância com a legislação aplicável aos planos privados de assistência à saúde, bem como com as alterações estatutárias da CASSE.

Art. 46 O beneficiário titular obriga-se a fornecer documentos que venham a ser exigidos pela CASSE para fins de comprovação, por exemplo, de dados cadastrais, resultados de exames etc.

Art. 47 Nenhuma responsabilidade caberá à CASSE pelos atendimentos previstos neste Plano, por dano resultante de dolo ou culpa, concordando expressamente o beneficiário titular que tal responsabilidade será exclusiva do profissional que a ele deu causa.

Art. 48 A CASSE se exime de responsabilidades na ocorrência de eventos de força maior tais como suspensões deliberadas de atendimentos, greves e/ou manifestações de classes que seus credenciados possam vir a adotar invocando suas próprias razões.

Art. 49 A qualquer momento a CASSE poderá solicitar a presença de beneficiário para realizar auditoria/perícia nos serviços prestados, devendo o beneficiário atender prontamente a esta solicitação. Na hipótese de ter havido utilização indevida, irregular ou

abusiva, para a qual o beneficiário tenha concorrido com dolo ou culpa, o mesmo será excluído do Plano e/ou arcará com o repasse financeiro.

Art. 50 A recusa ou o não comparecimento em perícia agendada pela CASSE implicará em penalidade financeira correspondente aos valores dos procedimentos não periciados, acrescidos de 20% (vinte por cento) a título de taxa administrativa.

Art. 51 A área geográfica de cobertura do Plano Associado restringe-se ao Estado de Sergipe.

Art. 52 Integram este regulamento, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo Beneficiário, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Art. 53 As disposições expostas a seguir determinam prerrogativas importantes para a vigência deste regulamento:

I - As coberturas previstas neste regulamento serão prestadas através dos serviços próprios mantidos pela OPERADORA, ou, através de serviços credenciados.

II - Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, não haverá impedimento para participar como beneficiário no presente regulamento.

III - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deverão privilegiar os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes e crianças até 05 (cinco) anos.

IV - É direito do BENEFICIÁRIO emitir sua opinião sobre a operacionalização do produto, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações: preferencialmente por escrito; ou através dos telefones 79-2107-45-00, ou pessoalmente na sede da OPERADORA, localizada na Avenida Simeão Sobral, 1º pavimento, nº 708 - bairro Santo Antônio, cidade

Aracaju/SE - CEP 49060-640, as quais serão imediatamente submetidas à apreciação, e, acolhidas, caso procedam.

V - O beneficiário acima de 60 (sessenta) anos de idade que apresentar, de forma comprovada, indícios de negligência, maus-tratos, abuso, exploração ou crueldade, de forma física ou psíquica, de condições desumanas e degradantes, ou ainda sob privação de alimentos e cuidados indispensáveis em sua convivência familiar, poderá ser notificado pela OPERADORA para as autoridades competentes, em cumprimento ao disposto no Estatuto do Idoso.

VI - O beneficiário titular, por si e seus dependentes, autoriza a OPERADORA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive sobre atendimentos e serviços beneficiados, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência a saúde.

VII - O presente regulamento, no que for omissivo, ou resultar em erro, ou ainda, passível de eventuais dúvidas, aplicar-se-á, concomitantemente, a legislação que rege a matéria, seguida das atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde, bem como, o Código de Defesa do Consumidor, quando couber, devendo as partes, visando o interesse comum, buscar solução amigável.

VIII - No caso de falecimento do beneficiário, o fato deverá ser comunicado à OPERADORA, imediatamente, e por escrito, com a apresentação da Certidão de Óbito, para a devida atualização contratual.

Art. 54 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.

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

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.

CO-PARTICIPAÇÃO: 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.

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 consequência 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.

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.

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

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

ELEIÇÃO DO FORO

Art. 55 Para dirimir eventuais conflitos do presente Regulamento o foro é o do domicílio do beneficiário.

Aprovado na Reunião do Conselho Deliberativo em 14 de junho de 2012.