

REGULAMENTO GERAL DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS MÉDICO-HOSPITALARES DO PLANO ASSOCIADO

REGISTRO NA ANS: 455.903/07-7

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 Multipatrocinada, com sede na Rua Olímpio de Souza Campos Júnior, 98A – DIA - Bairro Inácio Barbosa – Aracaju/SE - CEP- 49040-840, através deste Regulamento traça as diretrizes do Plano Associado, com características de contrato Coletivo por Adesão.

Art. 2º - O Plano Associado, registrado na ANS sob número 455.903/07-7, oferece atendimento no segmento ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, padrão de acomodação individual em apartamento, com abrangência geográfica estadual, no Estado de Sergipe e se destina aos empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados das entidades patrocinadoras, bem como seus respectivos grupos familiares definidos para a prestação continuada de serviços médico-hospitalares na forma do Art. 1º, inciso I da Lei 9656/98,

Art. 3º - São Patrocinadores do Plano Associado:

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 - Aracaju- SE;

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 – Avenida Doutor Roosevelt Dantas Cardoso de Menezes, 1146 – Bairro Centro - Aracaju - SE – CEP 49010-410;

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 – Rua Olímpio de Souza Campos Júnior, 98A – DIA - Bairro Inácio Barbosa – Aracaju - SE - CEP- 49040-840;

VI – Instituto Cultural Banese

CNPJ – 10.645.538/0001-07

Endereço – Avenida Ivo do Prado, 398 - Bairro Centro – Aracaju - SE - CEP- 49010-050;

CONDIÇÕES PARA ADESÃO

Art. 4º - A adesão ao Plano Associado 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.

Parágrafo Primeiro - O Plano Associado não prevê Cobertura Parcial Temporária no ato da adesão.

Parágrafo Segundo – Não haverá alegação de doenças ou lesões pré-existentes.

Art. 5º - Podem participar como beneficiário titular do Plano Associado, aqueles que atendam ao seguinte:

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

II - Mantenham vínculo empregatício inativo com uma das patrocinadoras tais como aposentados e ex-empregados despedidos sem justa causa;

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

Art. 6º - A qualquer tempo os beneficiários titulares poderão inscrever na categoria de:

I - Beneficiário Dependente:

a - cônjuge, ou companheiro(a), assim compreendido aquele(a) que satisfaça às exigências da legislação civil em vigor;

b - filhos menores de 21 (vinte e um) anos.

II - Beneficiário Agregado Familiar:

a - filhos maiores de 21(vinte e um) anos e os inválidos ou excepcionais acima de 21 anos;

b - netos;

c - enteados;

d - 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.

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

Parágrafo Quarto - 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.

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

PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 7º - Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações previstas neste Regulamento, os beneficiários poderão ser excluídos do PLANO ASSOCIADO, assegurada a prévia defesa, sem que caiba direito a qualquer indenização ou devolução dos valores pagos, nas seguintes hipóteses:

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, ressalvados o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Art. 8º - A utilização dos serviços da CASSE por parte dos beneficiários, após exclusão do Plano Associado, será considerada indevida. O beneficiário titular assumirá diretamente perante o prestador dos serviços as despesas integrais sem prejuízo das medidas legais cabíveis.

Art. 9º - Em casos de 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 pelo pagamento dos valores correspondentes à utilização indevida de coberturas assistenciais.

PERMANÊNCIA NO PLANO APÓS ALTERAÇÃO NO CONTRATO DE TRABALHO

Art. 10 - 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 assuma 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 Associado ou sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, extensivo aos seus dependentes.

Parágrafo Segundo - Essa condição deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, ou quando passar ele a exercer outra atividade remunerada de natureza autônoma, liberal ou empresarial.

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

Parágrafo Quarto - A falta de quitação das obrigações financeiras perante a CASSE, por período superior a 60 (sessenta) dias ininterruptos ocasionará a perda da qualidade de beneficiário;

Art. 11 - É assegurado aos aposentados, independentemente do tempo de contribuição ao Plano, e também aos pensionistas, o direito de permanência 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 pelo pagamento da contribuição patronal.

Parágrafo único – Para as PATROCINADORAS não recairá responsabilidade relativamente aos custos decorrentes de aposentados e pensionistas filiados, os quais devem ser, periodicamente, avaliados à parte, de modo que a contribuição patronal devida aos mencionados aposentados e pensionistas reflita, a qualquer tempo, o equilíbrio necessário à manutenção do plano assistencial ao qual se encontram vinculados, restando impedido que eventuais déficits desse mencionado grupo sejam transferidos para as PATROCINADORAS.

Art. 12 - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo Plano nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que se responsabilize pelo pagamento da contribuição anteriormente paga pela patronal.

Art. 13 - O direito assegurado tanto aos demitidos quanto aos aposentados nos itens acima não exclui vantagens obtidas decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

CARÊNCIAS

Art.14 - Os beneficiários titulares, seus respectivos dependentes e agregados familiares somente farão jus aos serviços assistenciais, na forma prevista pelo Plano Associado, se observados os seguintes períodos de carência, contados da data de inscrição:

I - Atendimentos de urgência e emergência - 24 (vinte e quatro) horas;

II - Consultas e exames - 60 (sessenta) dias;

III – Terapias e cirurgias em regime ambulatorial - 90 (noventa) dias;

IV- Internações hospitalares (exceto para partos), remoção de pacientes (exceto para casos de urgência e emergência) e demais casos previstos nas coberturas assistenciais asseguradas neste Regulamento – 180 (cento e oitenta) dias.

V - Partos a termo - 270 (duzentos e setenta) dias;

Art. 15 - O menor recém-nascido ou adotado fica desobrigado do cumprimento das carências previstas neste artigo, desde que sua inscrição ocorra até o quadragésimo quinto dia do nascimento ou adoção.

Art. 16 - Não haverá cumprimento de carência quando:

- a) A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato;
- b) 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.

Parágrafo Primeiro - É vedada a antecipação de contribuições com intuito de abreviar os períodos de carência previstos neste artigo.

Parágrafo segundo - Quando houver carência a contagem se inicia a partir do ingresso do beneficiário ao plano.

COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS

Art. 17 - A CASSE oferece cobertura para todos os procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de procedimentos e eventos em saúde, elaborado pela Agência Nacional de Saúde - ANS vigentes à época do evento, e relacionado às doenças classificadas no CID 10, caso haja indicação médica.

DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Art. 18 - Considerando o atendimento em regime ambulatorial, o Plano Associado compreende a cobertura dos seguintes serviços:

I - Consultas médicas em número ilimitado, em consultórios, pronto-socorros e clínicas médicas;

II - Exames laboratoriais;

III - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

IV - Assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não;

V - Procedimentos considerados especiais:

a. Hemodiálise e diálise peritoneal;

b. Quimioterapia ambulatorial;

c. Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);

d. Hemoterapia ambulatorial;

e. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

VI - Órteses e próteses cirúrgicas e materiais especiais ligados ao ato cirúrgico, devidamente certificados nos órgãos competentes;

VII - Assistência ambulatorial em Hospital-Dia/Clínica-Dia;

VIII - Sessões de fisioterapia e acupuntura;

IX - Tratamentos básicos, em regime ambulatorial, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID -10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

Art. 19 - Estão incluídos no atendimento a transtornos psiquiátricos mencionados no item IX do artigo anterior:

I - atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente ou a terceiros (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão) ou risco de danos morais e patrimoniais importantes;

II - atendimento à psicoterapia de crise, esta compreendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental;

III - Tratamento básico, prestado por profissional médico, assegurada cobertura às consultas em número ilimitado, serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, desde que observados critérios médicos específicos e autorizado pelo médico da CASSE responsável por esta atividade.

DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

Art. 20 - Considerando as coberturas previstas em regime de atendimento hospitalar, o Plano Associado compreende a cobertura dos seguintes serviços:

I - Internações hospitalares, com vistas à realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos, em hospitais ou clínicas básicas e especializadas, regularmente credenciados, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, desde que solicitadas por médico assistente, observada a correspondente emissão de guia de autorização previamente emitida pela administração da CASSE;

II - Tratamentos básicos em regime de internação, para todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID -10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

Art. 21 - Estão incluídos no atendimento que se refere às internações hospitalares para a realização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos citados no artigo anterior:

I - atendimentos hospitalares em UTI, CTI, ou similares, apartamento individual, com banheiro privativo, ar condicionado e acomodação para 1 (um) acompanhante, sem limite de

prazo, valor máximo ou quantidade, sujeitos à supervisão do médico da CASSE responsável por essa atividade;

II - Cobertura de despesas referentes a honorários do clínico, cirurgião, dos auxiliares médicos, anesthesiologistas, hemodinamicistas, dos serviços gerais de enfermagem, alimentação e de higiene;

III - Cobertura de exames complementares, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, desde que obedecidos os critérios técnico-científicos;

IV - Fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, e sessões de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e psicoterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, que estarão sujeitas a revisão técnica e auditoria da CASSE;

V - Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista neste Regulamento;

VI - Cobertura de despesas com acomodação do acompanhante, efetuadas em ambiente hospitalar, independentemente da faixa etária do usuário;

VII - Cobertura de despesas com alimentação do acompanhante, efetuadas em ambiente hospitalar, desde que o usuário seja menor de 18 anos ou maior 60 anos;

VIII - Cobertura de transplantes de córnea e rim, incluídas todas as despesas com procedimentos vinculados, bem assim aquelas necessárias à realização do transplante, tais como despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, imediato e tardio, e medicamentos de manutenção, as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS e medicamentos imunossupressores utilizados na prevenção e tratamento de rejeições;

IX - Cobertura de órteses, próteses, materiais especiais e de síntese, ligadas ao ato cirúrgico;

X - Assistência neo-natal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, filhos naturais ou adotivos de beneficiários titulares ou dependentes, durante o período máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do nascimento ou adoção;

XI - Cirurgia plástica reparadora de funções e órgãos;

XII - Cirurgia plástica reconstrutora de mama utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XIII - Cirurgia para correção de miopia;

XIV - Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a. Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b. Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c. Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d. Hemoterapia;
- e. Nutrição parenteral e enteral;
- f. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g. Embolizações e radiologia intervencionista;
- h. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i. Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção.
- k. Procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

Art. 22 - Estão incluídos no tratamento básico em regime de internações para os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/1ª Revisão - CID-10, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos compreendendo as seguintes coberturas:

I - Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, respeitando o regime coparticipação ou franquia.

II - Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31 (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

III - A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia dar-se-á de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

Art. 23 - Em casos de internação psiquiátrica ou por dependência química, ultrapassado o prazo de cobertura estabelecido, o usuário arcará com um percentual do custo do período excedente, de acordo com normas vigentes na época.

Parágrafo Único - Fica garantido o atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato; e assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 24 - As internações hospitalares terão padrão de internação individual em apartamento, observado o disposto no contrato firmado com o prestador de serviço.

Parágrafo Único - Fica garantido o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário, se houver indisponibilidade da acomodação prevista nas entidades hospitalares credenciadas.

REMOÇÃO

Art. 25 - A remoção será oferecida pelo Plano Associado aos beneficiários internados para outro estabelecimento hospitalar nos seguintes casos:

I - Para realização de exames ou procedimentos inter-hospitalar, quando devidamente justificada por relatório do médico assistente;

II - Depois de realizados os atendimentos classificados como de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente;

III - Em caso de necessidade de remoção para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do tratamento, quando o beneficiário estiver cumprindo período de carência.

Parágrafo Primeiro - No caso previsto no item III deste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando a CASSE desobrigada desse ônus.

Parágrafo Segundo - Na remoção a CASSE disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 26 - Para os fins do disposto neste regulamento, em consonância com o Art.35C, incisos I e II da Lei nº 9656/98, entende-se por emergência, todos os eventos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizados por declaração do médico assistente, e por urgência todos os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo Primeiro - O atendimento de urgência e emergência é garantido, dentro do período de carência, sem abranger situações de internação.

Parágrafo Segundo - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 horas da assinatura da proposta de adesão.

Parágrafo Terceiro - Garantir a remoção para unidade do SUS quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação.

Art. 27 - Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes ainda cumprindo período de carência é garantido o atendimento na urgência, sem direito a internamento.

Art. 28 - É garantido o reembolso na ocorrência de urgência e emergência nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CASSE, pagáveis no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada.

REEMBOLSO DE DESPESAS

Art. 29 - O Plano dá acesso à livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, através de reembolso, no caso das seguintes coberturas:

- I - Consultas médicas;
- II - Exames complementares;
- III - Internações;
- IV - Terapias;
- V - Atendimento ambulatorial

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

Parágrafo Segundo - O ressarcimento será destinado ao beneficiário titular, até o limite do valor constante na Tabela da CASSE para cada serviço utilizado, limitado ao valor do recibo ou nota fiscal, observados os critérios de compartilhamento.

Art. 30 - 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.

Art. 31 - A concessão do reembolso será efetuada no prazo máximo de 30 dias (trinta) dias, após a entrega a CASSE da solicitação, acompanhada da seguinte documentação:

- I - Requerimento em impresso padronizado assinado pelo beneficiário titular;
- II - Via original do recibo/nota fiscal correspondente ao pagamento das despesas ao profissional/instituição não credenciada pela CASSE, discriminando a conta;
- III - Relatório emitido pelo médico assistente indicando a patologia, traumas, complicações havidas e procedimentos adotados bem como a razão da urgência e emergência quando for o caso.

Parágrafo Único - Caso a documentação apresentada para reembolso contenha dados incorretos ou rasuras que impeçam a análise do pleito, a CASSE poderá solicitar outros documentos ou informações que se fizerem necessários.

SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art. 32 - Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento do plano e os provenientes dos seguintes casos:

- I - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- II - Aparelhos estéticos, bem assim quaisquer coberturas concernentes a procedimentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com finalidade estética;
- III - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, bem como tratamentos clínicos, cirúrgicos ou quaisquer outros procedimentos considerados experimentais;
- IV - Órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico;
- V - Inseminação artificial;
- VI - Extraordinários de contas hospitalares (telefonemas, lavagem de roupa, objetos destruídos ou danificados, refrigerantes, despesas de caráter pessoal ou particular, tanto do usuário quanto de seus acompanhantes);

VII - Fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

VIII - Testes psicotécnicos;

IX - Assistência odontológica, exceto cirurgia buco-maxilo-facial realizada em ambiente hospitalar;

X - Cirurgias plásticas com finalidade estética, bem como órtese e prótese para o mesmo fim;

XI - Estada em estações de águas minerais, hotéis, pensão, SPA, casas de repouso e similares;

XII - Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

XIII - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;

XIV - Necropsias, medicina ortomolecular;

XV - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano.

REGRAS PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 33 - Os beneficiários serão atendidos por profissionais ou entidades médico-hospitalares credenciados, mediante apresentação da carteira de identificação do plano, acompanhado de documento de identidade ou equivalente.

Parágrafo Único - Além dessa documentação é necessária a apresentação de guia de autorização devidamente emitida e assinada pela CASSE, no caso dos procedimentos abaixo descritos:

I - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

a. Procedimentos Clínicos Ambulatoriais

b. Procedimentos Clínicos Hospitalares

II - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- a. Pele e Tecido Celular Subcutâneo/Anexos (sujeito também a Perícia Médica)
- b. Cabeça e Pescoço
- c. Olhos (sujeito também a Perícia Médica)
- d. Orelha
- e. Nariz e Seios Paranasais
- f. Parede Torácica
- g. Sistema Músculo-Esquelético e Articulações
- h. Sistema Respiratório e Medianismo
- i. Sistema Córdio-Circulatório
- j. Sistema Digestivo e Anexos
- k. Sistema Urinário
- l. Sistema Genital e Reprodutor Masculino
- m. Sistema Genital e Reprodutor Feminino
- n. Sistema Nervoso-Central e Periférico
- o. Transplantes de Órgãos
- p. Outros Procedimentos Invasivos

III – PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS

- a. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
- b. Ureteroscopia flexível unilateral
- c. Endoscopia Intervencionista
- d. Alérgenos - perfil antigênico (painel C/36 antígenos)
- e. Transusão
- f. Necrópsia de adulto/criança e natimorto com suspeita de anomalia genética
- g. Cardiovascular - In Vivo
- h. Digestivo - In Vivo
- i. Endócrino - In Vivo
- j. Geniturinário - In Vivo
- k. Músculo - Esquelético - In Vivo
- l. Nervoso - In Vivo
- m. Oncologia/Infectologia - In Vivo
- n. Oncologia/Infectologia - In Vivo

- o. Respiratório - In Vivo
- p. Terapia - In Vivo
- q. Métodos Intervencionistas/Terapêuticos por Imagem
- r. Tomografia Computadorizada Diagnóstica
- s. Tomografia Computadorizada Intervencionista
- t. Ressonância Magnética Diagnóstica
- u. Radioterapia Externa

Art. 34 - A CASSE emitirá resposta às solicitações de autorização prévia no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Art. 35 - A rede de credenciados do Plano 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. 36 - Ao ser atendido, o beneficiário ou o seu responsável deverá conferir cuidadosamente os serviços prestados e assinar posteriormente a respectiva fatura.

Art. 37 - No caso de situações de divergências médica a respeito de autorização prévia fica garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da CASSE e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CASSE.

Art. 38 - Em caso de substituição de uma entidade hospitalar por outra equivalente a CASSE comunicará aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde - ANS, com antecedência de 30 dias, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Parágrafo Primeiro - Caso a substituição ocorra por vontade da CASSE, durante o período de internação de qualquer beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e

a CASSE garante o pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Parágrafo Segundo - Excetuam-se do disposto no item anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando a CASSE arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Art. 39 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CASSE solicitará autorização expressa à ANS.

Art. 40 - Os beneficiários participarão dos custos da utilização do Plano, através de coparticipação e franquia conforme abaixo descrito:

I - PROCEDIMENTOS QUE GERAM COPARTICIPAÇÃO

- a. Consultas
- b. Exames e Procedimentos ambulatoriais
- c. Fisioterapia, Acupuntura, RPG, Psicoterapia de crise e Remoção.

II - PROCEDIMENTOS QUE GERAM FRANQUIA

- a. Internações Hospitalares

Art. 41 - Os valores referentes à coparticipação e franquia constam no Anexo Único.

CUSTEIO

Art. 42 - A formação do preço do Plano Associado se dá sob a modalidade “pré-estabelecido” sob regime de multipatrocínio. Assim, o seu custeio é mantido através das seguintes fontes de recursos:

I - Contribuição dos Beneficiários - correspondente a valores fixos mensais, constantes do Anexo Único, classificados por faixa etária, definidos em avaliação atuarial e aprovados pelos órgãos estatutários da CASSE;

II - Participação da Patrocinadora - correspondente a um percentual mensal sobre a folha de pagamento, definido por Patrocinadora, na forma dos respectivos Convênios de Adesão;

III - Coparticipação pelo uso dos serviços - correspondente a um valor pago pelos beneficiários quando do uso dos serviços, de acordo com o montante da despesa, conforme disposto no Anexo Único.

Art. 43 - As faixas etárias citadas no item I deste artigo são as seguintes:

1ª faixa	00 a 18
2ª faixa	19 a 23
3ª faixa	24 a 28
4ª faixa	29 a 33
5ª faixa	34 a 38
6ª faixa	39 a 43
7ª faixa	44 a 48
8ª faixa	49 a 53
9ª faixa	54 a 58
10ª faixa	59 ou mais

Art. 44 - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária obedecerão às condições abaixo dispostas:

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

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

Art. 45 - Os beneficiários aposentados, pensionistas, licenciados por interesse particular e despedidos sem justa causa, além da contribuição e coparticipação, assumirão um

percentual sobre sua remuneração total que suprirá a participação da Patrocinadora, conforme tabela constante do Anexo Único.

Art. 46 - A remuneração total considerada para os aposentados e pensionistas se refere ao valor do INSS mais SERGUS quando houver. No caso dessa remuneração ser proveniente apenas do INSS, será considerada, para efeito de desconto substituto da patronal, a última remuneração salarial que competia ao beneficiário titular quando da ativa, estando àquela sujeita aos reajustes salariais da respectiva patronal.

Art. 47 - A remuneração total considerada para os ex-empregados despedidos sem justa causa, bem assim pelos empregados afastados por licença para interesse particular, diz respeito à última remuneração salarial percebida quando da ativa, estando esta sujeita aos reajustes salariais da respectiva patronal.

Art. 48 - O beneficiário assumirá o pagamento do percentual da patronal quando a patrocinadora deixar, definitiva ou temporariamente, de recolher à CASSE a participação referente àquele empregado.

Art. 49 - O pagamento do valor das contribuições dos beneficiários bem como a liquidação de outros débitos ocorrerão por meio de:

- I - consignação em Folha de Pagamento;
- II - boleto bancário;
- III - débito em conta corrente.

Art. 50 - 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, calculado dia a dia.

REAJUSTE

Art. 51 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com o decidido pelo Conselho Deliberativo e obedecendo as normas vigentes. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos.

Art. 52 - Fica estabelecido o mês de Novembro de cada ano como data base para aplicação de reajuste financeiro nas contribuições dos beneficiários do Plano Associado, tendo como parâmetro a variação nos custos do Plano Associado quanto aos aspectos atuariais e/ou administrativos, para fins de reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

Art. 53 - Os reajustes serão comunicados à Agência nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado na legislação em vigor.

VIGÊNCIA

Art. 54 - Este Regulamento tem prazo indeterminado, não sendo exigido o pagamento de qualquer taxa ou outro valor para renovação, e entra em vigor a partir da assinatura da proposta de adesão ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 55 - A CASSE disponibilizará anualmente, na página eletrônica, o Relatório de Atividades contendo informações operacionais e financeiras, bem como facultará aos beneficiários o acesso às informações de caráter operacional, gerencial e financeira, a qualquer tempo, sempre que por eles solicitado.

Art. 56 - A área geográfica de cobertura do Plano Associado restringe-se ao Estado de Sergipe.

Art. 57 - O beneficiário titular, em qualquer circunstância, inclusive por utilização indevida, é responsável direto pelas obrigações financeiras de seus dependentes e agregados familiares.

Art. 58 - 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. 59 - 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 deverá 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 79-3218-4339, ou pessoalmente na sede da OPERADORA, localizada na Rua Olímpio de Souza Campos Júnior, 98A – DIA - Bairro Inácio Barbosa – Aracaju/SE - CEP- 49040-840, 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. 60 - 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 consequências.

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 frequência 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.

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 DE FORO

Art. 61 - Para dirimir eventuais conflitos do presente Regulamento o foro é o do domicílio do contratante.

Aprovado na Reunião do Conselho Deliberativo ocorrida em 29 de novembro de 2024.

**ANEXO I
TABELA DE CUSTEIO
PLANO ASSOCIADO**

I – BENEFICIÁRIOS TITULARES, ESPECIAIS E RESPECTIVOS DEPENDENTES

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO (R\$)
00 a 18	147,78
19 a 23	182,86
24 a 28	189,94
29 a 33	203,99
34 a 38	211,09
39 a 43	239,10
44 a 48	274,26
49 a 53	330,58
54 a 58	344,69
59 ou mais	485,35

- empregados ativos das entidades patrocinadoras e da CASSE;
- aposentados, que mantiveram esta qualidade após a extinção do vínculo empregatício;
- empregados afastados por licença para interesse particular ou à disposição em órgãos da administração pública.
- pensionistas;
- ex-empregados da **CASSE** e das entidades patrocinadoras, despedidos sem justa causa;
- respectivos dependentes dos beneficiários acima listados: cônjuge, filhos menores de 21 anos, menor sob tutela e companheiro.

A contribuição será acrescida de um percentual que substituirá a participação da patronal nos seguintes casos:

BENEFICIÁRIOS	PERCENTUAL SOBRE REMUNERAÇÃO
Aposentados	2%
Pensionistas	2%
Ex-empregados	4%
Empregados de Licença por Interesse Particular	4%

A remuneração total considerada para os aposentados e pensionistas se refere ao valor do INSS mais SERGUS quando houver. No caso dessa remuneração ser proveniente apenas do INSS, será considerada, para efeito de desconto substituto da patronal, a última remuneração salarial que competia ao beneficiário titular quando da ativa, estando esta sujeita aos reajustes salariais da respectiva patronal.

A remuneração total considerada para os ex-empregados despedidos sem justa causa, bem assim pelos empregados afastados por licença para interesse particular, diz respeito à última remuneração salarial percebida, estando esta sujeita aos reajustes salariais da respectiva patronal.

O beneficiário assumirá o percentual da patronal em qualquer caso, não previsto, em que a patrocinadora deixar, definitiva ou temporariamente, de recolher a participação à CASSE referente àquele empregado.

II – BENEFICIÁRIOS AGREGADOS FAMILIARES

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO (R\$)
00 a 18	351,72
19 a 23	391,52
24 a 28	444,64
29 a 33	564,10
34 a 38	630,48
39 a 43	716,71
44 a 48	876,01
49 a 53	1.075,04
54 a 58	1.360,44
59 ou mais	1.752,00

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

Para todos os beneficiários a COPARTICIPAÇÃO é distribuída da seguinte forma:

SERVIÇO	COPARTICIPAÇÃO
Consultas	40%
Exames, Procedimentos Ambulatoriais e Quimioterapia.	30%
Cirurgias Refrativas por Excimer Laser, Psicoterapia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Acupuntura, RPG, Escleroterapia de Veias, Remoção.	40%

- **DESPESAS HOSPITALARES:** limitadas aos valores constantes na tabela abaixo:

DESPESA TOTAL	PARTICIPAÇÃO DO ASSOCIADO
Valor total da despesa	30% do valor total do Internamento, até o limite de R\$ 11.600,00.