

## REGULAMENTO DO PLANO MÉDICO – “PM”

### CARACTERÍSTICAS GERAIS

**Registro ANS:** 41.229-5

**Razão Social:** Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF – CASEC

**CNPJ:** 03.702.977/0001-49

**Nome comercial e nº de registro do Plano na ANS:** Plano Médico – “PM” (registro ANS nº 471.448/14-2)

**Tipo de contratação:** Coletivo empresarial

**Segmentação assistencial do plano de saúde:** Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

**Área geográfica de abrangência do plano de saúde:** Grupo de Estados (AL, BA, CE, MA, MG, PE, PI, SE e DF)

**Área de atuação do Plano de saúde:** Região 2

**Padrão de acomodação em internação:** Individual

**Formação do preço:** Preestabelecido

**Serviços e coberturas adicionais:** Sim

### QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF – CASEC, pessoa jurídica de direito privado, associação de natureza assistencial sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ/MF nº 03.702.977/0001-49, sediada no SGN Quadra 601, Lote 1, sala 223, Ed. Sede CODEVASF, Asa Norte, CEP 70.830-901, na cidade de Brasília, Distrito Federal, é operadora de planos de saúde com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 41.229-5, classificada na modalidade de autogestão sem mantenedor, na forma do que dispõe a Resolução Normativa nº 137, de 14/11/2006, alterada pela Resolução Normativa nº 148, de 03/03/2007.

### QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba – CODEVASF, CNPJ/MF nº 00.399.857/0001-26, com sede no SGAN - Quadra 601, Conjunto I. Edifício Manoel Novaes, na cidade de Brasília, Distrito Federal.

### Tema I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - O objeto deste Regulamento é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03/06/1998 (Lei dos Planos de Saúde), com as alterações introduzidas pela Medida Provisória nº 2.177-44/2001 e pela Lei nº 10.223/2001, visando à assistência médica e hospitalar (segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia), com a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.2 - Trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

### Tema II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Trata-se de plano coletivo empresarial que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária na forma como

dispõe o art. 5º da Resolução Normativa ANS 195/2009, alterada pela Resolução Normativa ANS 200/2009.

2.2 - A adesão ao Plano Médico – “PM” é permitida aos empregados e seus dependentes diretos do CODEVASF-Saúde - Programa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF.

2.2.1 - São considerados usuários:

2.2.1.1 - **Na qualidade de titulares:**

- a) os empregados ativos da CODEVASF;
- b) os empregados ativos requisitados/cedidos à CODEVASF;
- c) os ocupantes de cargos de direção da CODEVASF e de cargos em comissão;
- d) os empregados ativos da CODEVASF, afastados por acidente de trabalho ou doença, que já se encontravam na condição de usuários do Plano Médico – “PM” no momento da suspensão do contrato de trabalho; e
- e) os empregados da CODEVASF aposentados por invalidez, que já se encontravam na condição de usuários do Plano Médico – “PM” no momento da rescisão do contrato de trabalho.

2.2.1.2 - **Na qualidade de dependentes diretos:**

- a) o cônjuge;
- b) o(a) companheiro(a) de união estável e de união homoafetiva;
- c) os filhos menores de 24 (vinte e quatro) anos ou inválidos de qualquer idade;
- d) os enteados, sob exclusiva dependência econômica do titular, nas mesmas condições impostas aos filhos, desde que com ele residam;
- e) os menores sob guarda judicial provisória ou definitiva do titular; e
- f) os filhos adotivos e tutelados sob exclusiva dependência econômica do titular, nas mesmas condições impostas aos filhos, desde que com ele residam.

2.3 - A adesão dos usuários do Plano Médico – “PM” dar-se-á por manifestação formal do titular, mediante preenchimento e assinatura de formulário específico, apresentação de documentos relativos aos dependentes e aprovação da CASEC.

2.4 - A exclusão dos usuários do Plano Médico – “PM” dar-se-á por manifestação formal do titular, mediante preenchimento e assinatura de formulário específico, e quitação de eventual saldo devedor junto à CASEC.

2.5 - É voluntária a adesão e a exclusão do Plano Médico – “PM”, observadas as condições estabelecidas neste Regulamento.

2.6 - A assinatura da proposta de adesão implica autorização para desconto em folha de pagamento, emissão de boletos bancários ou débito em conta corrente, das mensalidades e coparticipações / franquias relativas ao titular e aos dependentes inscritos no Plano Médico – “PM”.

2.7 - Caso o usuário manifeste sua vontade, por escrito, de ter acesso imediato à cobertura

assistencial do Plano Médico – “PM”, antes do mês subsequente ao desconto em folha de pagamento ou do pagamento via cobrança bancária ou débito automático em conta corrente, deverá efetuar o pagamento da mensalidade correspondente ao mês em curso no ato da inscrição, até o primeiro dia útil seguinte a esta, independentemente do cumprimento dos períodos de carência.

2.8 - No caso de haver marido e mulher empregados da CODEVASF, estes deverão optar pela forma de inscrição que melhor convenha aos seus interesses:

2.8.1 - Na opção pela situação de família – passando um dos dois à condição de dependente, será considerado titular aquele que perceber a maior remuneração; ou

2.8.2 - Na opção pela situação individual – os dois como titulares, os dependentes ficarão vinculados ao titular que perceber maior remuneração.

2.9 - Caso a inscrição do titular ocorra em até 90 (noventa) dias da data de sua vinculação aos quadros da CODEVASF não será exigido o cumprimento de prazos de carência.

2.9.1 - Os dependentes inscritos nesses 90 (noventa) dias contados da data de contratação do titular também estarão isentos do cumprimento de prazos de carência.

2.9.2 - Os dependentes inscritos após esse prazo estarão sujeitos ao cumprimento das carências estabelecidas neste Regulamento (Tema VI – Períodos de Carência).

2.10 - O titular cuja inscrição no Plano Médico – “PM” ocorra após 90 (noventa) dias de sua contratação pela CODEVASF será liberado do cumprimento de carência caso esteja sendo assistido por outro Plano de Saúde onde já tenha cumprido os períodos de carência, observadas as exceções previstas neste Regulamento, aplicando-se a mesma condição a seus dependentes.

2.10.1 - Para tanto, no momento de adesão ao Programa CODEVASF-Saúde o empregado deve apresentar declaração do Plano de Saúde ao qual estava vinculado até então, emitida em papel timbrado, comprovando que ainda está sendo assistido regularmente, juntamente com a relação de dependentes, contendo indicação da data de ingresso de cada um naquele Plano.

2.11 - A inscrição de dependentes dependerá da participação do titular na CASEC, ou seja, a todo dependente direto inscrito no Plano Médico - “PM” deve corresponder um titular do mesmo Plano.

2.12 - A inscrição de dependente não terá caráter definitivo, reservando-se à CODEVASF, na qualidade de patrocinadora, e à CASEC, na condição de operadora, o direito de, a qualquer tempo, exigirem a comprovação das declarações e a exatidão das informações prestadas pelo titular.

2.13 - À proposta de inscrição de dependente deverão ser obrigatoriamente anexados, pelo titular, todos os documentos comprobatórios da condição de elegibilidade:

- a) relação de parentesco com as respectivas declarações de estado civil;
- b) decisão judicial nos casos de menor sob guarda, curatelado, tutelado, ex-cônjuge; e
- c) invalidez.

2.14 - Os dependentes diretos do titular, fruto de novo vínculo familiar (casamento, união estável ou homoafetiva; recém nascido (filho natural ou adotivo); enteado proveniente de nova união do titular; adoção de menor de 12 (doze) anos; concessão de tutela ou de guarda judicial a menor de 12 (doze) anos sob exclusiva dependência econômica do titular), cuja inscrição no Plano Médico –

“PM” ocorra em até 30 (trinta) dias do evento que implicou o novo vínculo de dependência, terão direito ao aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular.

2.14.1 - Caso o titular tenha sido dispensado do cumprimento dos prazos de carência o mesmo se aplicará ao novo dependente inscrito nas condições previstas no item anterior.

2.15 - A adesão de dependente que não se enquadre nas normas estipuladas neste Regulamento não será considerada válida para fins de cobertura assistencial e não importará em devolução referente às mensalidades pagas, cabendo ao titular responder integralmente por eventuais pagamentos efetuados pela CASEC.

2.16 - Não poderão ser inscritos simultaneamente como dependentes diretos: esposa(o) e companheira(o), e esposo(a) ou companheira(o) e ex-cônjuge ou ex-companheiro(a).

2.17 - Considera-se companheiro(a) a pessoa com quem o titular mantenha união estável ou civil ou homoafetiva em conformidade com a legislação, mediante apresentação de escritura pública lavrada em cartório de registro civil ou de notas.

2.18 - Não terá direito à assistência o cônjuge separado judicialmente ou divorciado ou ex-companheiro(a), ao qual não tenha sido assegurada a percepção de pensão alimentícia, salvo se o titular manifeste expressamente por escrito sua vontade de manter o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) como usuário(a) assistido(a) na qualidade de dependente indireto, ou seja, vinculado ao Plano Médico Estendido – “PM-E”.

2.19 - Não será aplicada carência às propostas de inscrição de novos dependentes formalizadas em até 30 (trinta) dias da data de aniversário da adesão do titular ao Plano Médico – “PM”.

2.20 - Os filhos (naturais/adotivos), enteados, tutelados e menores sob guarda judicial de titulares serão migrados automaticamente para o Plano Médico Estendido – “PM-E”, como dependentes indiretos, no mês seguinte àquele em que completarem 24 (vinte e quatro) anos.

2.20.1 - Também será migrado automaticamente para o Plano Médico Estendido – “PM-E” o dependente inválido de titular do Plano Médico – “PM”, pela cessação da invalidez, se maior de 24 (vinte e quatro) anos.

2.21 - O usuário titular inscrito no Plano Médico – “PM”, poderá solicitar, a qualquer tempo, por meio do preenchimento e assinatura de formulário específico, sua migração e de seus dependentes diretos para o Plano Médico Odontológico – “PMO”, com aproveitamento das carências já cumpridas para a cobertura médico-hospitalar, porém devendo ser observados os períodos de carência relativos à cobertura odontológica.

2.22 - Nos casos de licença sem remuneração, de afastamento legal que implique suspensão de contrato do titular (exceto nos casos de afastamento pelo INSS, por doença), ou se o empregado tiver seu contrato de trabalho suspenso em função de abertura de inquérito administrativo, será providenciada a migração automática do titular e de seus dependentes diretos para o Plano Médico Estendido – “PM-E”.

2.22.1 - Ocorrendo a migração automática prevista no item anterior e caso o titular não tenha interesse em permanecer no Plano Médico Estendido – “PM-E” deverá solicitar expressamente o seu desligamento do “PM-E” e de seus dependentes diretos.

2.22.2 - Ao retornar às suas atividades na CODEVASF, o empregado será automaticamente

reclassificado para a condição de usuário, retornando ao seu Plano de origem, juntamente com seus dependentes diretos.

2.23 - O empregado autorizado pela CODEVASF a participar de curso no exterior poderá solicitar ao Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde a suspensão do pagamento das mensalidades (titular e dependentes diretos), durante o período do afastamento, limitado a 4 (quatro) anos.

2.23.1 - Durante período de afastamento citado no item anterior a utilização do Plano ficará suspensa, não sendo permitido qualquer uso tanto pelo titular quanto por seus dependentes.

2.23.2 - Caso o afastamento seja patrocinado pela CODEVASF, quando do retorno ao país, o Plano será reativado com liberação do cumprimento de carências. Entretanto, caso o afastamento seja por interesse do próprio empregado (apenas autorizado pela CODEVASF), quando do retorno será exigido o cumprimento integral dos prazos de carência.

2.23.3 - Durante o período de afastamento o titular deverá manter o pagamento do eventual saldo devedor, mediante autorização de débito em conta ou outra forma acordada com a CASEC em formulário específico.

2.24 - Por ocasião da rescisão do contrato de trabalho ou da exoneração de cargo em comissão, sem justa causa, o titular poderá solicitar a migração para o Plano Médico Estendido – “PM-E”, mediante preenchimento e assinatura de formulário específico, no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data da rescisão / exoneração, sob pena de perda do direito ao Plano.

2.24.1 - O titular deverá solicitar também a migração para o Plano Médico Estendido – “PM-E” de seus dependentes diretos inscritos no Plano Médico – “PM”, sob pena de perda da condição de usuários.

2.24.2 - É vedada a inclusão de novos dependentes diretos que não constavam como usuários do Plano Médico – “PM”.

2.24.2.1 - Tal vedação não invalida a posterior inclusão de dependente direto fruto de novo vínculo familiar (cônjuge/companheira(o) e enteados por casamento, união estável ou homoafetiva) ou de nascimento de filho / adoção / concessão de tutela / menor sob guarda judicial, em até 90 (noventa) dias do evento que implicou o novo vínculo de dependência.

2.24.2.2 - Caso a inscrição dos novos dependentes diretos ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de nascimento, do casamento ou do início da união estável ou homoafetiva, não será exigido o cumprimento de prazos de carência.

2.25 - Em caso de falecimento do titular e a fim de que a (o) pensionista e seus dependentes, já inscritos no “PM” possam preservar sua condição de usuários, estes serão transferidos automaticamente para o Plano Médico Estendido – “PM-E”, até 30 (trinta) dias após a data do óbito, com base em manifestação de anuênciam, sob pena de exclusão.

2.25.1 - Neste caso a(o) pensionista deverá, obrigatoriamente:

- a) apresentar à CASEC, no prazo de até 30 (trinta) dias do óbito, declaração de que deseja permanecer inscrita(o) no Plano Médico Estendido – “PM-E” bem

- como relacionar os dependentes que permanecerão como usuários no “PM-E”; e
- b) fazer a opção pelo pagamento da mensalidade mediante desconto em folha, caso seja participante da Fundação São Francisco de Seguridade Social; débito em conta corrente bancária ou pagamento por meio de ficha de compensação bancária.

2.25.2 - Caso exista ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) inscrito(a) como dependente indireto, este(a) será transferido(a) automaticamente para o Plano Médico Estendido – “PM-E”, até 30 (trinta) dias após a data do óbito, com base em manifestação expressa de anuência, sob pena de exclusão.

2.25.2.1 Neste caso as cobranças correspondentes (mensalidades, coparticipação e franquias) serão feitas de maneira direta e individualizada, por meio de débito em conta corrente bancária ou pagamento por meio de ficha de compensação bancária.

2.26 - É vedada a inscrição de novos dependentes no caso de morte do titular, exceção feita a filho nascido até 10 (dez) meses após o falecimento do usuário titular, desde que a inclusão ocorra em até 90 (noventa) dias do nascimento.

2.27 - O Plano Médico – “PM” oferece cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural, adotivo ou enteado do usuário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto.

2.27.1 - A cobertura assistencial e a inscrição com isenção de carência somente alcançam o recém-nascido após o cumprimento, pelo usuário adotante, dos 300 (trezentos) dias de carência para parto.

2.28 - Toda adesão ao Plano Médico – “PM” implica a aceitação irrestrita, por parte dos usuários (titulares e dependentes), das disposições contidas neste Regulamento, sendo reservado à CASEC o direito de exigir, a qualquer momento, a apresentação de documentos comprobatórios da elegibilidade do usuário.

### **Tema III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1 - São as seguintes as coberturas oferecidas pelo Plano Médico – “PM”, exclusivamente na sua área geográfica de cobertura - de acordo com o que dispõe o art. 12 da Lei nº 9.656, de 03/06/1998, a Resolução CONSU nº 10, de 03/11/1998, e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigentes à época do evento, disponíveis na página da ANS na internet em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), a saber:

#### **3.1.1 - Coberturas ambulatoriais**

3.1.1.1 - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, bem como planejamento familiar, assim definido na Lei nº 11.935/2009 e Resolução Normativa ANS nº 192/2009.

3.1.1.2 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico (exames), tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

3.1.1.3 - Cobertura de procedimentos caracterizados como de urgência e



**Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF**

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

emergência que demandem atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas.

3.1.1.4 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

3.1.1.5 - Cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

3.1.1.6 - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, RPG (Reeducação Postural Global), acupuncturista e psicólogo, de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

3.1.1.7 - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico, devidamente habilitados, conforme indicação do médico assistente.

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

3.1.1.9 - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo; e
- d) vasectomia.

3.1.1.10 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial; e
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.1.1.11 - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período de até 12 (doze) horas em unidade de terapia intensiva e unidades similares.

3.1.1.12 - O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

3.1.1.13 - A psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima (conforme prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento), tendo início imediatamente após o atendimento de emergência com quantidade limitada, de acordo com o referido Rol, por ano de inscrição no Plano – sempre entendido como sendo cada período de 12 (doze) meses de vigência do instrumento jurídico entre as partes – não cumulativas e necessitando de autorização prévia da CASEC.

### **3.1.2 - Coberturas hospitalares**

3.1.2.1 - Todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, em centro de terapia intensiva ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica, e desde que o usuário não esteja cumprindo carência para internação.

3.1.2.2 - Internações de caráter de urgência e/ou emergência.

3.1.2.3 - Internações eletivas ou programadas quando autorizadas pela CASEC.

3.1.2.4 - Internações hospitalares, conforme padrão de acomodação, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que devidamente justificadas por meio de relatório médico e consoante a boa prática médica, em hospitais, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pela CASEC.

3.1.2.5 - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

3.1.2.6 - Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.1.2.7 - Despesas com todas e quaisquer taxas, diárias hospitalares, prestação de serviços médicos, serviços hospitalares, materiais, órteses, próteses e medicamentos – desde que nacionais ou importados nacionalizados e registrados na ANVISA – utilizados na internação, prescritos pelos médicos assistentes, observado o seguinte:

- a) cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características do implante a ser utilizado – dimensões, material de fabricação (aço, titânio, cerâmica, entre outros) e tipo (cimentado, não cimentado, por exemplo) –, e justificar clinicamente a sua indicação.
- b) o profissional requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no País, determinando as características (tipo,



### Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento, sendo-lhe vedado exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.

- c) a CASEC pode escolher a marca e a procedência do implante a ser coberto, desde que este atenda às especificações determinadas pelo médico assistente.
- d) o médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-lo e oferecer à CASEC pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam às características previamente especificadas. Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar para a CASEC e também diretamente à ANVISA, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis, conforme determina a Resolução CFM nº 1956, de 25/10/2010.
- e) em caso de divergência entre o profissional requisitante/assistente e a CASEC, deve ser aplicado o procedimento definido no art. 4º, inciso V, da Resolução CONSU nº 8/1998, definindo que a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CASEC.
- f) cabe arbitragem mesmo nas situações de emergências, quando não for possível pré-autorização e tenha sido usado o material implantável, órtese ou prótese.

3.1.2.8 - Remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento.

3.1.2.9 - Despesas de acomodação e alimentação relativas a 1 (um) acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, e gestantes (durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato) bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

3.1.2.10 - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório/ambulatório, mas que por imperativo clínico (caracterizado pelos atos que se impõem em função das necessidades do usuário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção) necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, com exceção dos materiais odontológicos e honorários profissionais do dentista, referentes à execução dos procedimentos em casos de imperativo clínico.

3.1.2.11 - Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante, braquiterapia e todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; e
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes cobertos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

3.1.2.12 - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, abrangendo, inclusive, a mama colateral.

3.1.2.13 - Cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração total ou parcial de funções em órgãos e membros, seja na lesão decorrente de enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.1.2.14 - Transplantes de rins, córneas e autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização dos transplantes, incluindo as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação e o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de resarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

3.1.2.14.1 - O usuário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se à critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução



Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

do CONSU nº 12, de 03/11/1998.

3.1.2.15 - No caso de transtornos psiquiátricos, os procedimentos incluídos na cobertura são:

3.1.2.15.1 - Tratamentos básicos (em regime ambulatorial) e de internação (em regime hospitalar), de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários aos atendimentos das lesões autoinflingidas, com prioridade para o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;

3.1.2.15.2 - No regime ambulatorial estão cobertos:

- a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis; e
- c) tratamento básico, prestado por médico, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

3.1.2.16 - Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, entendida como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao usuário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

3.1.2.17 - Em regime hospitalar estão cobertos na forma do que dispõe a Resolução CONSU nº 11, de 03/11/1998, os tratamentos de transtornos psiquiátricos serão realizados, sempre que possível, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais, obedecidas as seguintes coberturas:

- a) custeio integral de, pelo menos, 45 (quarenta e cinco) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica, em hospital geral, para os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) custeio integral de, pelo menos, 45 (quarenta e cinco) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para os pacientes portadores de quadros de intoxicação ou



**Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF**

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

- abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização;
- c) custeio de 8 (oito) semanas, por ano de contrato, não cumulativas, de tratamento em regime de hospital-dia, a critério do médico assistente, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.
  - d) para os diagnósticos de F00 a F09 (transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), F20 a F29 (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes), F70 a F79 (retardo mental) e F90 a F98 (transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência, relacionados no CID), será assegurada a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por 180 (cento e oitenta) dias, por ano de contrato, não cumulativos, a critério do médico assistente; e
  - e) atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas.

3.1.2.18 - Na hipótese de, por indicação médica, haver necessidade de prorrogação do tratamento, em regime ambulatorial e/ou hospitalar dos transtornos psiquiátricos, que excedam os limites de dias previstos anteriormente, as despesas daí decorrentes serão custeadas parcialmente pela CASEC, cabendo ao titular o pagamento de coparticipação financeira de 50% (cinquenta por cento), em cada procedimento, na forma da regulamentação vigente.

### **3.1.3 - Cobertura hospitalar com obstetrícia**

3.1.3.1 - Procedimentos relativos ao pré-natal e de assistência ao parto e puerpério.

3.1.3.2 - Despesas, conforme indicação do médico assistente, relativas a 1 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato - entendido como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto – conforme assegurado pela Lei 11.108, de 07/04/2005, ou outra que venha substituí-la.

3.1.3.3 - Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção, cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para parto.

3.1.3.4 - A continuidade da cobertura de atendimento após o 30º (trigésimo) dia do nascimento, somente será devida quando o recém-nascido, filho do titular ou do dependente, for incluído no Plano Médico – “PM” ou no Plano Médico Estendido – “PM-E”.

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

3.1.3.6 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste contrato será assegurado independentemente do local de origem do evento.

#### **Tema IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

4.1 - Fica expressamente excluído da cobertura assistencial qualquer procedimento, material ou serviço médico-hospitalar que não conste no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ou que não seja reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou que, mesmo previstos, estejam fora das diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, especialmente os seguintes:

##### **4.1.1 - Cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia**

4.1.1.1 - Tratamento experimental de caráter clínico ou cirúrgico, isto é, aqueles que:

- a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; ou
- c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso *off-label*).

4.1.1.2 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

4.1.1.3 - Inseminação artificial.

4.1.1.4 - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

4.1.1.5 - Fornecimento de medicamentos, materiais e produtos para a saúde, importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

4.1.1.6 - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC.

4.1.1.7 - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

4.1.1.8 - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

4.1.1.9 - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.



**Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF**

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

4.1.1.10 - Tratamentos em clínicas de emagrecimento, *spas*, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

4.1.1.11 - Consultas ou atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência (*home care*).

4.1.1.12 - Transplantes, exceto os de córnea, rins, autólogos e outros listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

4.1.1.13 - Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) fora das diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

4.1.1.14 - Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios quando importados, salvo quando da não existência de similares nacionais devidamente registrados na ANVISA.

4.1.1.15 - Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial de Saúde – OMS e/ou não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

4.1.1.16 - Exames para a prática de atividades desportivas.

4.1.1.17 - Fornecimento de óculos, lentes de contato e aparelhos de surdez.

4.1.1.18 - Exames e tratamentos sem justificativa médica ou que não se destinem ao tratamento de doenças, anomalias ou lesões.

4.1.1.19 - Despesas com doadores de órgãos, transporte e armazenamento de órgãos para fins de transplante, exceto para casos de rins, córneas e de medula.

4.1.1.20 - Despesas com acompanhantes, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos e extra-hospitalares (telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições, objetos destruídos ou danificados e outras despesas de caráter pessoal ou particular).

4.1.1.21 - Despesas médicas efetuadas antes do cumprimento dos prazos de carências.

4.1.1.22 - Qualquer tratamento em regime domiciliar.

4.1.1.23 - Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados, sem registro na ANVISA.

4.1.1.24 - Permanência hospitalar após alta médica.

4.1.1.25 - Interrupção provocada da gravidez e suas consequências imediatas e tardias.

4.1.1.26 - Internação em acomodação diferente da definida no Regulamento e



**Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF**

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

todas as despesas adicionais daí conseqüentes.

4.1.1.27 - Limpeza e tratamento de pele.

4.1.1.28 - Exame de paternidade (DNA).

4.1.1.29 - Remoção de pacientes para fora da área de abrangência geográfica do Plano Médico – “PM”;

4.1.1.30 - Tratamento de doenças epidêmicas declaradas por órgão público ou que venham a ultrapassar os índices divulgados pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

4.1.1.31 - Próteses e órteses não implantadas cirurgicamente (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, braços e pernas mecânicos etc).

4.1.1.32 - Tratamento de esterilidade.

4.1.1.33 - Vacinas.

4.1.1.34 - Aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com finalidade.

4.1.1.35 - Estética ou para alterações somáticas.

4.1.1.36 - Sessão, entrevista, consulta, avaliação ou tratamento de terapia de grupo, teste psicotécnico, ginástica, dança, massagem, ducha, ioga, natação e outros esportes.

4.1.1.37 - Remoção aérea, fluvial ou marítima.

4.1.1.38 - Exames para cirurgia de mudança de sexo, inseminação artificial, ginecomastia masculina e abortamento provocado e quaisquer outras internações hospitalares, cuja finalidade não seja a de exclusivo controle da saúde.

4.1.1.39 - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza.

4.1.1.40 - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

4.1.1.41 - Exames admissionais e demissionais.

4.1.1.42 - Cirurgia de mamoplastia que não tenha por finalidade a recuperação de órgãos e funções.

4.1.1.43 - Escleroterapia para fins estéticos.

4.1.1.44 - Consultas domiciliares.

4.1.1.45 - Exames para instruir processo judicial.



**Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF**

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

4.1.1.46 - Exames preparatórios para realização de procedimentos não cobertos.

4.1.1.47 - Atos decorrentes de ilícitos penais.

4.1.1.48 - Aparelhos ortopédicos.

4.1.1.49 - Aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar.

4.1.1.50 - Atendimentos prestados antes do início do período de vigência da cobertura assistencial ou do cumprimento das carências.

4.1.1.51 - Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

4.1.1.52 - *Check-up.*

4.1.1.53 - Despesas com recém-nascidos que não tenham sido inscritos no Plano até 30 (trinta) dias da data de nascimento.

4.1.1.54 - Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.

4.1.1.55 - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência do Plano.

4.1.1.56 - Próteses ou órteses importadas não nacionalizadas e/ou sem registro na ANVISA.

4.1.1.57 - Condicionamento físico, à exceção de paciente cardíaco, por um período de 6 (seis) meses.

4.1.1.58 - Medicamentos não registrados na Divisão de Controle de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED).

4.1.1.59 - Demais procedimentos não relacionados no Tema III – Cobertura e Procedimentos Garantidos deste Regulamento.

4.1.1.60 - Cobertura odontológica.

## **Tema V - DURACÃO DO CONTRATO**

5.1 - O prazo de vigência deste Regulamento será indeterminado não sendo cobradas taxas ou qualquer outro valor para inscrição ou exclusão do Plano Médico – “PM”.

5.2 - Considerar-se-á, para início do prazo de vigência, a data da assinatura do convênio de adesão pela patrocinadora CODEVASF.

## **Tema VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

6.1 - A prestação de assistência à saúde somente será disponibilizada aos usuários após o cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento, observadas as exceções previstas.

6.2 - Os prazos de carência serão contados a partir da data de adesão do usuário (titular ou dependente direto) ao Plano Médico – “PM”.

6.3 - Aos usuários inscritos no Plano Médico – “PM” aplicam-se os seguintes períodos de carência:

**6.3.1 - Cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia**

- a) atendimentos de emergência/urgência – 24 (vinte e quatro) horas;
- b) consultas eletivas e exames básicos de diagnóstico – 30 (trinta) dias;
- c) parto – 300 (trezentos) dias;
- d) cirurgias – 180 (cento e oitenta) dias;
- e) internações de qualquer natureza – 180 (cento e oitenta) dias;
- f) consultas/sessões de psicologia, nutrição, psicoterapia, terapêutica ocupacional, acupuntura, fonoaudiologia e RPG – 180 (cento e oitenta) dias; e
- g) demais procedimentos – 180 (cento e oitenta) dias.

6.4 - Estarão isentos do cumprimento dos períodos de carência:

- a) os empregados recém-admitidos e seus dependentes diretos inscritos no Plano Médico – “PM” no prazo de até 90 (noventa) dias, da data de admissão do titular nos quadros da CODEVASF, bem como seus dependentes indiretos inscritos no Plano Médico Estendido – “PM-E” no mesmo prazo;
- b) os ocupantes de cargos de direção da CODEVASF e de cargos em comissão e seus dependentes diretos inscritos no Plano Médico – “PM” no prazo de até 90 (noventa) dias da data de sua investidura, bem como seus dependentes indiretos inscritos no Plano Médico Estendido – “PM-E” no mesmo prazo;
- c) o filho (natural/adotivo), desde que sua inscrição no Plano Médico – “PM” ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento;
- d) o cônjuge ou companheiro(a) de titular do Plano Médico – “PM” quando a dependência for decorrente de vínculo familiar recente (até 30 (trinta) dias);
- e) os sobrinhos, netos e bisnetos (dependentes indiretos) de titular do Plano Médico – “PM”, desde que inscritos no Plano Médico Estendido – “PM-E” no prazo de até 30 (trinta) dias do nascimento;
- f) os demais dependentes diretos de titular do Plano Médico – “PM”, desde que a inscrição ocorra em até 90 (noventa) dias da data de adesão do titular, do nascimento, da adoção ou da concessão da guarda/tutela; e
- g) os dependentes inscritos até 30 (trinta) dias após a data de aniversário anual de adesão do titular ao Plano Médico – “PM”.

6.5 - Os períodos de carência serão observados também na hipótese de reingresso no Plano Médico – “PM”, observadas as restrições constantes deste Regulamento.

**Tema VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

Não há.

**Tema VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

### **8.1 - Cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia**

8.1.1 - É obrigatória por parte da CASEC a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, em todo o território nacional, na forma da legislação em vigor e neste Regulamento:

(Alteração aprovada pelo Conselho de Administração em 13.04.2023)

8.1.1.1 - Para efeito da cobertura assistencial prevista neste Regulamento, considera-se:

- a) **Urgência** – o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
- b) **Emergência** – o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

8.1.2 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, em regime ambulatorial.

8.1.3 - O atendimento de urgência e emergência, durante o período de carência será garantido até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em ambulatório, observadas as seguintes condições:

- a) No caso de necessidade de internação (mesmo em tempo menor do que 12 (doze) horas ou se a permanência em ambiente ambulatorial superar esse período) cessará o ônus da CASEC, passando a responsabilidade financeira ao usuário ou seu representante legal;
- b) Caso não possa haver remoção por risco de vida, o usuário ou seu representante legal e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CASEC, desse ônus;
- c) Despesas com remoção, em ambulância, às expensas da CASEC, com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida do usuário, para outro estabelecimento de saúde credenciado ou para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- d) Garantia de remoção para unidade do SUS, às expensas da CASEC, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação.

8.1.4 - **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 independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico.

8.1.5 - Os usuários terão direito a atendimentos nos casos resultantes de acidentes pessoais ocorridos, comprovadamente, a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente ao de sua adesão ao Plano.

8.1.6 - O atendimento decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois

de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da data de inscrição no Plano Médico – “PM”, inclusive para os casos que evoluírem para internação.

## **8.2 - Remoção**

8.2.1 - O Plano oferece cobertura de remoção terrestre em ambulância, na área geográfica de cobertura, para os casos de internação hospitalar ou em decorrência desta, quando devidamente comprovada a impossibilidade real de locomoção do paciente, documentada em relatório médico e mediante prévia autorização da CASEC.

8.2.2 - São as seguintes as modalidades de remoção cobertas, mediante prévia autorização da CASEC:

- a) em ambulância simples com acompanhamento médico facultativo, na dependência de justificativa; e
- b) em ambulância de serviços de tratamento semi-intensivo com acompanhamento médico para casos de pacientes gravemente enfermos, internados em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, ou Unidade Intermediária - UI, e/ou em uso de equipamentos médico-hospitalares.

8.2.3 - As remoções poderão ocorrer:

- a) entre hospitais ou clínicas credenciadas, nos casos de realização de exames complementares e/ou outros procedimentos não disponíveis no estabelecimento de origem ou para transferir definitivamente o paciente para outra clínica/hospital, por falta de condições técnicas e deficiências de serviços;
- b) de serviços não credenciados para a rede credenciada, desde que mantida a internação;
- c) para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade da prestação de assistência, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a permanência do paciente, só cessando a responsabilidade da CASEC sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

8.2.4 - Será garantida a remoção inter-hospitalar do paciente, na área geográfica de cobertura do plano, via terrestre, comprovadamente necessária e mediante manifestação do médico assistente, e prévia autorização da CASEC, exceto para os casos de urgência e emergência.

8.2.5 - Será garantida a remoção terrestre para hospital credenciado ou conveniado da rede do SUS (ambulância simples ou por Unidade de Terapia Intensiva móvel) e o transporte entre estabelecimentos hospitalares, na área geográfica de cobertura do plano, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de usuário que esteja cumprindo período de carência para internação.

8.2.6 - A cobertura de remoção será garantida depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do atendimento ao paciente ou pela necessidade de internação, para os usuários que estiverem cumprindo carência.

8.2.7 - Caberá à CASEC o ônus e a responsabilidade da remoção do usuário para a unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

8.2.8 - A CASEC disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantia da manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o usuário, quando efetuado o registro na unidade do SUS.

8.2.9 - Quando o usuário ou seu representante legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item anterior, a CASEC estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

#### **Tema IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

9.1 - Na modalidade de livre-escolha, o usuário utiliza-se dos serviços de profissionais e de estabelecimentos não credenciados conforme as coberturas assistenciais garantidas pelo Plano Médico – “PM”, pagando-lhes diretamente as despesas que serão, posteriormente, reembolsadas pela CASEC, até o limite da Tabela de Reembolso registrada no Cartório de Títulos e Documentos de Brasília sob o nº \_\_\_\_\_ e disponíveis para consulta no sítio da internet ou na sede do CASEC.

9.2 - A Tabela de Reembolso da CASEC refere-se às remunerações praticadas para sua rede credenciada, vigentes à época do evento, descontados os valores relativos a coparticipações e/ou franquias aplicados pelo Plano Médico – “PM”, podendo o usuário obter informações ou esclarecimento de dúvidas por meio de atendimento pelo telefone (61) 2028-4630.

9.3 - Para obter o reembolso nos casos de assistência prestada por profissionais ou estabelecimentos de livre-escolha, o titular deverá apresentar à CASEC os seguintes documentos, originais, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar, juntamente com o formulário de solicitação de reembolso devidamente preenchido, sob pena de não cobertura:

- a) Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação da consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISSQN, IRRF (se houver), endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento;
- b) Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.), com as quantidades individuais de cada item cobrado, laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISSQN, IRRF (se houver), endereço legível e data da realização do evento;
- c) Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação da cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISSQN, IRRF (se houver), endereço legível e data da realização do evento;
- d) Honorários médicos durante a internação: recibos ou notas fiscais válidas como recibo

(quitação da nota fiscal), contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e os procedimentos realizados e suas quantidades individuais, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISSQN, IRRF (se houver), e endereço legível e data da realização do evento; e

- e) Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos consumidos, honorários, exames, taxas etc., com os quantitativos individuais de cada item cobrado, nome do paciente, data e hora da internação, data e hora da alta hospitalar e relatório médico da internação.

9.4 - Se os documentos apresentados não contiverem todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CASEC poderá solicitar do usuário documentação ou informações complementares ou perícia sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 15 (quinze) dias úteis contados do recebimento da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias para análise e efetivação do reembolso.

9.5 - Os reembolsos previstos nas condições estabelecidas neste Regulamento serão efetuados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, desde que apresentada a documentação completa e original.

9.6 - A CASEC efetuará o depósito do reembolso em conta bancária do(a) titular ou da(o) pensionista (no caso de falecimento do titular) ou do inventariante (representante do espólio), sendo vedada qualquer transferência a terceiros.

9.7 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

9.8 - A CASEC se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas e similares.

## **Tema X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

10.1 - Os usuários do Plano Médico – “PM” serão atendidos por profissionais ou estabelecimentos de saúde escolhidos com base em relação disponível no site da CASEC ou por meio de contato telefônico, mediante apresentação da carteira personalizada de identificação, acompanhada de documento de identificação oficial e, quando necessário, da apresentação de autorização de atendimento para cada evento.

10.2 - Com a finalidade de regular a utilização da cobertura assistencial oferecida pelo Plano Médico – “PM” serão adotados mecanismos de regulação, amparados pela legislação de planos privados de assistência à saúde, especialmente autorizações prévias, coparticipações e franquias.

10.3 - Para acesso à rede credenciada ou contratada será obrigatória a apresentação da carteira personalizada do Plano Médico – “PM” acompanhada do documento de identificação do usuário, desde que cumpridas as carências, exceto, nos casos de urgência/emergência.

10.4 - A utilização dos serviços prestados por toda a rede credenciada por parte dos usuários depende do adimplemento de todas as obrigações relativas a mensalidades, coparticipações e franquias, nas condições estabelecidas neste Regulamento.

10.5 - Em caso de inadimplemento, a emissão das autorizações de atendimento será suspensa até a quitação do saldo devedor.

10.6 - Os serviços prestados pela rede credenciada serão pagos diretamente pela CASEC, por conta e ordem de seus usuários.

10.7 - A CASEC não se responsabilizará pelo pagamento de serviços prestados por profissionais ou estabelecimentos não credenciados ou contratados, assim como por serviços não cobertos pelo Plano Médico – “PM”, correndo tais despesas por conta exclusiva dos titulares.

10.8 - As despesas correspondentes a serviços cobertos pelo Plano Médico – “PM” prestados por profissionais ou estabelecimentos não credenciados ou contratados serão passíveis de reembolso, nos limites estabelecidos neste Regulamento.

10.9 - A interrupção do tratamento por iniciativa do usuário será considerada abandono e pelos serviços porventura pagos pela operadora será descontada a coparticipação ou franquia devida.

10.10 - Os exames complementares de diagnóstico e as internações serão realizados mediante solicitação médica, contendo justificativa, com prévia e formal autorização da CASEC.

10.11 - O tratamento de acupuntura, fisioterápico, psicológico, psicoterápico, nutricional, fonoaudiológico, terapêutico ocupacional e de reeducação postural global dependerá de prévia e formal autorização, inclusive para os pacientes internados, e será coberto somente quando prescrito por médico, constando diagnóstico, modalidade e duração do tratamento, contemplando até 10 (dez) sessões por requisição podendo ser prorrogado mediante justificativa.

10.12 - É indispensável o laudo médico para solicitação de internação em UTI.

10.13 - As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas à CASEC no primeiro dia útil subsequente, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração firmada pelo médico assistente, a fim de que seja emitida a autorização de atendimento correspondente, sob pena da não cobertura das despesas.

10.14 - As internações serão autorizadas para apartamento básico (acomodação individual) com direito a acompanhante.

10.15 - Optando por acomodação de nível superior, o titular deverá fazê-lo mediante entendimento direto com o estabelecimento hospitalar e com o médico assistente, no que diz respeito ao pagamento das diferenças de diárias, às taxas hospitalares e aos honorários médicos, sem nenhuma responsabilidade financeira adicional da operadora.

10.16 - O não cumprimento das obrigações constantes deste Tema X eximirá a CASEC da responsabilidade de custeio da cobertura assistencial.

10.17 - Ao utilizar a rede credenciada ou contratada, o usuário não fará nenhum desembolso (exceto nos casos de despesas não cobertas), cabendo à CASEC efetuar o pagamento diretamente ao prestador de serviços, em nome e por sua conta e ordem.

10.18 - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo.

10.19 - Eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no art. 17 e §§ da Lei nº



Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

9.656/1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição.

#### **10.20 - Cobertura ambulatorial + hospitalar com obstetrícia**

10.20.1 - São mecanismos de regulação adotados pela CASEC:

I - Perícia Prévia: exame médico-pericial, com a subsequente emissão do laudo pericial circunstanciado, antecedendo à realização do procedimento solicitado e para seu correto enquadramento de acordo com as normas e benefícios oferecidos pelo Plano Médico – “PM”. A perícia prévia será realizada em todas as situações nas quais exista a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento (exceto nos casos de urgência), de acordo com os benefícios oferecidos pelo Plano Médico – “PM”.

II - Autorização prévia: análise da solicitação de procedimentos que, para sua realização, necessitem de autorização da CASEC. Nesse caso será garantido ao paciente o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação formal.

III - Coparticipação/Franquia: parcela desembolsada pelo titular, de valor percentual referente a determinado procedimento ou evento em saúde, ou valor em Real no caso de franquia, a saber:

Procedimentos	Participação do Usuário			
	Rede CASEC	Rede Terceirizada 1 Cassi	Rede Terceirizada 2 Camed	Rede Terceirizada 3 Unimed
Assistência Médica Ambulatorial	20%	30%	30%	30%
Cirurgia Ambulatorial	Franquia até R\$ 500,00	Franquia até R\$ 500,00	Franquia até R\$ 500,00	Franquia até R\$ 500,00
Assistência Psiquiátrica Ambulatorial e Hospitalar	50%	50%	50%	50%
Assistência Médica Hospitalar (internações e cirurgias)	Franquia até R\$ 500,00	Franquia até R\$ 500,00	Franquia até R\$ 500,00	Franquia até R\$ 500,00
Fonoaudiologia, Psicologia e RPG:	50%	50%	50%	50%
Terapia Ocupacional: a) primeiras 6 sessões/ano b) da 7ª em diante	20% 50%	30% 50%	30% 50%	30% 50%
Acupuntura: a) primeiras 36 sessões/ano b) da 37ª à 72ª sessão/ano c) da 73ª sessão em diante	20% 40% 50%	30% 50% 50%	30% 50% 50%	30% 50% 50%
Nutrição:	50%	50%	50%	50%

(Alteração realizada em razão da legislação vigente e da Deliberação nº 04/2020, de 20 de maio de 2020 – Conselho Deliberativo do Programa Codevasf-Saúde)

10.20.2 - As franquias poderão sofrer correção, no mesmo índice de reajuste das contraprestações pecuniárias, de acordo com deliberação do Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde.

10.20.3 - Os percentuais de coparticipação poderão ser atualizados de acordo com deliberação do Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde.

10.20.4 - Os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise estão isentos de



Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

coparticipação do usuário, desde que observados os procedimentos e condições previstos neste Regulamento.

#### **10.21 - Mecanismos de regulacão – consultas e exames**

10.21.1 - A CASEC adotará autorização prévia para a realização dos seguintes procedimentos especiais, exceto para casos de urgência/emergência cuja autorização deverá ser solicitada até o primeiro dia útil subsequente:

- a) medicina nuclear;
- b) tomografia computadorizada;
- c) ressonância magnética;
- d) cineangiocoronariografia;
- e) radioterapia;
- f) quimioterapia;
- g) diálise, hemodiálise e procedimentos correlatos;
- h) cirurgias ambulatoriais;
- i) procedimentos em hospital/dia e clínica/dia;
- j) procedimentos de hemodinâmica;
- k) embolização, radiologia intervencionista e neuro-radiologia;
- l) angiografia;
- m) cintilografia;
- n) internações clínicas;
- o) internações cirúrgicas;
- p) órteses, próteses e materiais especiais;
- q) remoção inter-hospitalar; e
- r) transplantes.

10.21.2 - Será necessária perícia prévia e/ou autorização prévia para os procedimentos quando:

- a) houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não seja exposto a algum procedimento, além do que for cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e benefícios oferecidos pelo Plano;
- b) forem identificadas distorções ou alterações significativas entre os procedimentos solicitados e os índices de saúde no perfil da população assistida pelo Plano; e
- c) houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização dos benefícios oferecidos pelo Plano, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente ou familiar.

10.21.3 - Exceto para a realização de consultas e exames simples, a fim de que possa ter assegurado o direito à cobertura dos demais serviços assistenciais, prestados em regime ambulatorial, o usuário deverá apresentar ao hospital ou a outro estabelecimento de saúde, autorização de atendimento, conforme o caso, devidamente emitida e firmada por responsável da CASEC.

10.21.4 - Os pedidos para realização de exames e as autorizações de internação terão validade de até 30 (trinta) dias.

#### **10.22 - Mecanismos de regulacão de internações hospitalares**

10.22.1 - As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas a elas vinculadas (sala de operação, instrumental cirúrgico, curativos, alimentação especial, medicamentos de alto custo, entre outros gastos necessários) e os tratamentos clínicos, deverão ser previamente autorizados pela CASEC (excetos casos de urgência e emergência), mediante apresentação pelo usuário de relatório firmado pelo médico assistente, contendo indicação do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e prognóstico quanto à sua duração.

10.22.2 - Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da autorização de atendimento, a CASEC poderá solicitar ao usuário ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser realizado.

10.22.3 - O prazo de internação, fixado pela CASEC, constará da autorização de atendimento.

10.22.4 - A CASEC não autorizará a realização de internações, quando requisitadas na véspera de procedimentos eletivos, salvo quando a situação clínica do paciente assim o exigir.

10.22.5 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar à CASEC laudo conclusivo e fundamentado, indispensável para exame e deliberação da correspondente cobertura.

10.22.6 - Caso o usuário continue hospitalizado após a alta hospitalar, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação.

10.22.7 - A CASEC poderá solicitar ao usuário que solicite ao médico assistente maiores subsídios técnicos acerca da indicação para os procedimentos requisitados.

10.22.8 - As internações realizadas em caráter de urgência ou emergência deverão ser comunicadas à CASEC até o 1º (primeiro) dia útil subseqüente, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração firmada pelo médico assistente, a fim de que seja emitida a autorização de atendimento correspondente, sob pena da não cobertura das despesas.

10.22.9 - Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede credenciada.

10.22.10 - No caso de implante, a prótese ou a órtese somente poderá ser incluída na fatura mediante prévia solicitação e autorização, reservando-se à CASEC a opção pela compra direta e fornecimento do material requisitado pelo médico assistente.

10.22.11 - As despesas extraordinárias não previstas neste Regulamento e não sujeitas à cobertura assistencial, tais como (todavia não limitadas a estas): telefonemas, frigobar, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente pelo usuário, não sendo passíveis de reembolso pela CASEC.

#### **10.23 - Mecanismos de regulacão – redimensionamento da rede credenciada**

10.23.1 - A CASEC reserva-se o direito de redimensionar sua rede hospitalar (ampliação, redução ou substituição) nos termos da legislação vigente.

10.23.2 - No caso de substituição da rede hospitalar por outro equivalente, a CASEC comunicará previamente os usuários na forma do que dispõe art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

10.23.3 - O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será efetuado após autorização da ANS.

10.23.4 - Na hipótese de descredenciamento por iniciativa de prestador de serviços, os usuários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da CASEC.

10.23.5 - Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação, os usuários permanecerão internados, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas correrão por conta da CASEC.

10.23.6 - Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em virtude de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a CASEC responsabilizar-se-á pela transferência imediata do usuário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

#### **10.24 - Mecanismos de regulacão – divergência médica**

10.24.1 - As divergências de natureza médica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidas por junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo usuário, outro pela CASEC e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.24.2 - Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina do estado onde resida o usuário.

10.24.3 - Cada uma das partes pagará os honorários e despesas que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela CASEC, conforme previsto no art. 4º, parágrafo V, da Resolução CONSU nº 8, de 03/11/1998.

10.24.4 - Orientações quanto a eventuais dúvidas a respeito da cobertura assistencial poderão ser obtidas na CASEC via telefone (61) 2028-4630 ou pelo endereço eletrônico [atendimento@casecsaude.com.br](mailto:atendimento@casecsaude.com.br).

## **Tema XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

11.1 - O Plano Médico – “PM” tem a sua formação de preço preestabelecida, cujo valor da mensalidade é definido por meio de tabela de mensalidades, que considera a faixa etária do beneficiário e a faixa salarial do titular correspondente.

11.2 - O pagamento das coparticipações e franquias referentes às despesas dos titulares e de seus dependentes (diretos e indiretos) é limitado a percentuais máximos de desconto em folha, definidos pelo Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde, calculados a partir do salário bruto, abatidos o IRPF e as contribuições previdenciárias.

11.3 - O titular é o responsável pela inscrição, desligamento e pagamento das mensalidades, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos seus dependentes.

11.4 - Será cobrada multa de 2% (dois por cento), acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, mais atualização monetária com base na variação do INPC ou outro índice oficial que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, para atrasos superiores a 30 (trinta) dias dos valores referentes ao pagamento das mensalidades, coparticipações e franquias.

11.5 - O pagamento da mensalidade de determinado mês não quita débitos anteriores.

11.6 - O recebimento pela CASEC das mensalidades em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

11.7 - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos e tampouco dá direito a descontos.

11.8 - A CASEC não poderá fazer distinção quanto ao valor da mensalidade entre os usuários que vierem a ser incluídos no Plano Médico – “PM” e aqueles a este já vinculados.

11.9 - Correrá por conta do titular a despesa por emissão de segunda via da carteira de identificação.

11.10 - A CODEVASF participa financeiramente no patrocínio do Plano Médico – “PM” por meio de valor definido anualmente, ao abrigo do Convênio de Adesão.

## **Tema XII - REAJUSTE**

12.1 - Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com percentual aprovado pelo Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde, definido com base em parecer atuarial, sendo aplicado na data-base de reajuste da CASEC, **setembro**, calculados 2 (dois) meses antes de sua aplicação.

12.2 - Considera-se reajuste qualquer variação positiva na mensalidade, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do Plano.

12.3 - A mensalidade poderá sofrer reajuste por sinistralidade quando houver desequilíbrio econômico-atuarial do Plano, considerando-se a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos.

12.4 - Independentemente da data de adesão de usuários, os valores das mensalidades serão reajustados na data-base do Plano, ou seja, no mês de **setembro**.

12.5 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajustes diferenciados a usuários do Plano Médico – “PM”.

12.6 - Não poderá haver mais de um reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em virtude de mudança de faixa etária, migração e adaptação à Lei nº 9.656/1998, ou nos casos de desequilíbrio econômico-atuarial.

12.7 - Os reajustes efetuados pela CASEC serão comunicados à ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

### **Tema XIII - FAIXAS ETÁRIAS**

13.1 - A contribuição mensal a ser paga pelo titular e pelos seus dependentes diretos vinculados ao Plano Médico – “PM” corresponderá à faixa salarial do titular, conforme relacionado no item 13.1.1 e à faixa etária do usuário (titular ou dependente), sendo a variação entre as faixas etárias fixa no percentual de 22,03% (vinte e dois vírgula zero três por cento), como segue:

- a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade, com variação de 22,03% superior à anterior; e
- j) 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais, com variação de 22,03% superior à anterior.

13.1.1 - Faixas salariais adotadas:

- a) até R\$ 1.499,99;
- b) entre R\$ 1.500,00 e R\$ 2.999,99;

- c) entre R\$ 3.000,00 e R\$ 4.499,99;
- d) entre R\$ 4.500,00 e R\$ 5.999,99;
- e) entre R\$ 6.000,00 e R\$ 7.499,99;
- f) entre R\$ 7.500,00 e R\$ 9.499,99;
- g) entre R\$ 9.500,00 e R\$ 12.000,00; e
- h) acima de R\$ 12.000,00.

13.2 - O valor da mensalidade fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária para uma mesma faixa salarial.

13.3 - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas etárias não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas etárias para uma mesma faixa salarial.

13.4 - A variação do valor da mensalidade não poderá atingir usuário com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade que participa do mesmo Plano Coletivo ou sucessor.

13.5 - A variação da mensalidade em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o usuário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

#### **Tema XIV - BÔNUS - DESCONTOS**

Não há.

#### **Tema XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

15.1 - É garantida a migração para o Plano Médico Estendido - “PM-E” do empregado demitido sem justa causa, do aposentado e do dirigente ou ocupante exonerado de cargo em comissão, usuário do Plano Médico – “PM”, conforme disposto nos art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, observadas as Resoluções CONSU 20/1999 e 21/1999, sem limite temporal, após a perda do vínculo empregatício com a CODEVASF, desde que o mesmo assuma o pagamento integral das mensalidades e manifeste sua opção no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da rescisão de contrato de trabalho.

15.1.1 - A garantia do benefício se estende ao grupo familiar do usuário titular desligado, inscrito no “PM” e/ou no “PM-E” na vigência do contrato de trabalho, garantida a possibilidade de novo cônjuge e filhos.

15.2 - Em caso de morte do usuário titular do Plano Médico – “PM” é assegurada aos dependentes a migração para o Plano Médico Estendido - “PM-E”, os quais passarão a assumir o custeio integral das mensalidades, devendo o fato (falecimento) ser imediatamente comunicado à CASEC por meio da apresentação de cópia do atestado de óbito, no prazo de até 30 (trinta) dias do falecimento, juntamente com o cartão de identificação.

15.3 - Também serão migrados para o Plano Médico Estendido - “PM-E”, os usuários do Plano Médico – “PM”, mediante manifestação formal do titular em até 30 (trinta) dias do evento que ensejou a possibilidade de migração, nas seguintes ocorrências:

I - os dependentes de titular em licença sem remuneração (exceto nos casos de afastamento



Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

pelo INSS, por doença) ou que tenha tido o contrato de trabalho suspenso a pedido ou para responder a inquérito administrativo;

II - o dependente direto (filho natural ou adotivo, enteado, menor sob guarda ou tutelado) ao completar 24 (vinte e quatro) anos; e

III - o dependente inválido, pela cessação da invalidez, se maior de 24 (vinte e quatro) anos.

15.4 - A garantia de permanência no Programa CODEVASF-Saúde, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/1998 não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.5 - O empregado aposentado que continua trabalhando na CODEVASF e dela venha se desligar é garantido o direito de manter sua condição de usuário do Plano Médico Estendido – “PM-E”, em atenção ao disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656/1998 cumulado com o art. 5º da RN/ANS nº 279/2011, e suas posteriores alterações.

15.6 - O ex-empregado demitido ou e do dirigente ou ocupante exonerado de cargos em comissão e seus dependentes diretos vinculados ao Plano Médico – “PM”, durante o período de manutenção de sua condição de usuário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão em outra operadora.

## **Tema XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO**

16.1 - Os usuários serão excluídos do Plano Médico – “PM”, nos termos da legislação vigente, sem direito à devolução de contribuições pagas, compensação ou indenização de qualquer natureza, nas seguintes ocorrências:

- I - atraso na quitação das mensalidades ou quaisquer outros débitos de sua responsabilidade;
- II - fraude comprovada;
- III - embaraço a qualquer exame, diligência ou perícia determinado pela CASEC visando o esclarecimento de fatos e ao resguardo de seus interesses, devidamente comprovado;
- IV - omissão ou inexatidão no fornecimento de informações à CASEC, que tenha permitido o acolhimento de sua inscrição;
- V - a pedido;
- VI - a(o) pensionista pela perda do direito ao recebimento da pensão;
- VII - o cônjuge pela separação judicial ou divórcio ou pela anulação do casamento, salvo se o titular manifestar expressamente, por escrito, que o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) poderá permanecer assistido na qualidade de dependente indireto, ou seja, vinculado(a) ao Plano Médico Estendido – “PM-E”.
- VIII - o dependente inválido, pela cessação da invalidez, caso o titular não faça a opção pela sua migração para o Plano Médico Estendido – “PM-E” no prazo de até 30 (trinta) dias do evento;
- IX - o empregado demitido por justa causa e o dirigente ou ocupante de cargo em comissão responsável por irregularidades;
- X - o empregado demitido sem justa causa e do dirigente ou ocupante exonerado de cargo



Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CODEVASF

Classificação da Informação: (x) Público | ( ) Interno | ( ) Sigiloso reservado | ( ) Sigiloso secreto

em comissão que não manifestar, no ato do desligamento/rescisão, interesse em migrar para o Plano Médico Estendido – “PM-E”, bem como seus dependentes;

XI - os condenados em processo judicial, com trânsito em julgado, por crime de calúnia, difamação ou injúria contra os administradores da CASEC, condicionada à prévia e formal manifestação da CODEVASF; e

XII - falecimento.

16.2 - O pedido de exclusão de dependente direto feito por interesse do titular somente poderá ser efetuado mediante a devolução da respectiva carteira personalizada de identificação ou declaração onde ateste ser de sua inteira responsabilidade eventual utilização indevida da cobertura assistencial por parte do dependente excluído.

16.3 - O cancelamento da cobrança correspondente à contribuição mensal referente ao dependente direto excluído somente ocorrerá no mês subsequente ao da efetivação da exclusão.

16.4 - O desligamento/exclusão do titular implicará o imediato desligamento de todo o seu grupo familiar, salvo em caso de falecimento.

16.5 - A partir da data da exclusão, os tratamentos em andamento não estarão cobertos pelo Plano Médico – “PM”.

16.6 - Nos casos de exclusão será cobrado do titular ou de seu representante legal, inclusive por via judicial, o saldo devedor proveniente das mensalidades atrasadas e de outras obrigações, acrescido de encargos financeiros na ordem de 1% (um por cento) de juros mensais e 2% (dois por cento) de multa sobre o valor principal, além dos honorários advocatícios.

16.7 - A exclusão do Plano Médico – “PM” não libera o titular das dívidas decorrentes de despesas realizadas por ele e seus dependentes com eventos ocorridos e ainda não avisados pela rede credenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares.

16.8 - Cabe recurso ao Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias contados da data de conhecimento da decisão quanto à exclusão (titular ou dependente) sem efeito suspensivo.

16.9 - Aos usuários caberá a obrigação de comunicar à CASEC, de imediato, qualquer alteração que venha a implicar a atualização de seus dados cadastrais (endereço residencial, telefone, correio eletrônico, vencimentos etc.) bem como outras ocorrências que determinem a perda de sua condição de participante do Plano Médico – “PM”, assumindo inteira responsabilidade por sua omissão.

16.10 - A exclusão do Plano Médico – “PM” obriga a devolução de todas as carteiras personalizadas de identificação do titular e de seus dependentes diretos e indiretos.

16.10.1 - A utilização do Plano após a exclusão, por indevida, além do pagamento integral das despesas decorrentes do atendimento, implicará a cobrança de todas as mensalidades relativas ao titular e ao dependente atendido, correspondente ao período decorrido entre a exclusão do Plano e a utilização dos serviços.

16.10.2 - Adicionalmente, o uso indevido após a exclusão do Plano, impossibilitará o titular e seus dependentes de retornarem a qualquer Plano do CODEVASF-Saúde por pelo menos 12 (doze) meses.

16.11 - O uso indevido da cobertura assistencial oferecida pelo Plano Médico – “PM” sujeita ao pagamento integral das despesas efetuadas em proveito próprio de seus dependentes ou mesmo de terceiros, acrescidas de multa cominatória na ordem de 10% (dez por cento), além de encargos financeiros e aplicação de sanções, com respaldo em processo administrativo a ser instaurado pela CODEVASF.

16.12 - Os valores correspondentes às mensalidades, coparticipações, franquias e outras importâncias possuem a natureza de dívida líquida, certa e exigível, podendo ser cobrados administrativa e judicialmente.

16.13 - Aos usuários excluídos por falta de pagamento de suas obrigações financeiras será permitido novo ingresso no Plano Médico – “PM”, por meio de preenchimento e assinatura de proposta de adesão, respeitados os prazos de carência, desde que não restem débitos junto à CASEC.

16.14 - A inadimplência superior a 30 (trinta) dias implicará a suspensão imediata da cobertura assistencial ao titular e a seus dependentes.

### **Tema XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO**

17.1 - Em caso de extinção do Plano Médico – “PM”, o patrimônio remanescente, depois de liquidados os compromissos, será transferido ao patrimônio da CASEC, cabendo ao Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde a deliberação quanto ao seu destino.

### **Tema XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS**

18.1 - Fazem parte deste Regulamento: a Proposta de Adesão e anexos, a Tabela de Reembolso, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

18.2 - Sempre que solicitado pelo titular será fornecido exemplar deste Regulamento.

18.3 - Nenhuma responsabilidade caberá à CASEC por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem dano à saúde do titular, de seus dependentes provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares escolhidos livremente, não pertencentes à rede credenciada.

18.4 - O Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde ou a Diretoria Executiva da CASEC editarão normas complementares visando à operacionalização deste Regulamento.

18.5 - A nomenclatura médica de doenças a que se refere este Regulamento segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

18.6 - A autorização, por parte da CASEC, de eventos não previstos ou excluídos neste Regulamento não confere aos usuários direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas, caracterizando mera liberalidade.

18.7 - A tolerância e a demora da CASEC em exigir dos usuários o cumprimento de quaisquer

obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, exigir seu cumprimento.

18.8 - Não é admitida a presunção de que a CASEC ou os usuários do Plano Médico – “PM” possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Regulamento, ou de comunicações posteriores por escrito.

18.9 - Conforme o disposto pela Resolução Normativa nº 255, de 18/05/2011, o envio das informações relativas à assistência à saúde prestada aos usuários de planos privados de assistência à saúde é de responsabilidade da CASEC, por meio de seus Responsáveis Técnicos pelas Áreas de Saúde e Odontologia, devidamente cadastrados junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais, responderão pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia do sigilo das informações assistenciais.

18.10 - Ao aderir ao Plano Médico – “PM”, os usuários (titular e seus dependentes), declaram haver lido, compreendido e aceito, sem restrições, as normas estabelecidas neste Regulamento.

18.11 - Na hipótese de representação formulada contra usuário do Plano Médico – “PM” por parte de prestadores de serviços, em virtude de conduta reprovável ou cometimento de atos hostis ou ilícitos, o Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde terá a competência para apurar e adotar as medidas administrativas visando à solução do caso.

18.12 - Para os casos em que os usuários queiram apresentar alguma reclamação a respeito dos processos operacionais, valores de reembolso ou qualidade dos serviços prestados, a CASEC colocará à sua disposição estrutura de atendimento, que registrará a reclamação e, após averiguação de seu conteúdo, enviará carta resposta ao interessado no prazo de até 30 (trinta) dias.

18.13 - As coberturas asseguradas neste Regulamento compreendem o pagamento pela CASEC dos serviços oferecidos pelo Plano Médico – “PM” dentro dos limites dos valores de remuneração ajustados com a rede credenciada ou contratada.

18.14 - A CASEC, com respaldo em prévia e formal autorização do titular, poderá efetuar acertos, por meio de lançamentos a débito ou a crédito, na folha de pagamento ou diretamente na conta corrente bancária, relativos às despesas pagas ou reembolsadas em desacordo com este Regulamento.

18.15 - A CASEC não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

18.16 - Os valores correspondentes às mensalidades, coparticipações, franquias e outras obrigações financeiras possuem natureza de dívida líquida, certa e exigível, inclusive para processo de execução.

18.17 - No caso de comprovada inexistência de bens passíveis de penhora ou quando a dívida de titular for considerada de pequena monta e de cobrança onerosa, o Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde, mediante proposta formulada pela CASEC, poderá decidir pela compensação como prejuízo e baixa.

18.18 - Nenhuma responsabilidade caberá à CASEC por atos culposos, dolosos ou accidentais que acusem dano à saúde do beneficiário titular e seus dependentes diretos provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares escolhidos livremente, não pertencentes

à rede credenciada.

18.19 - O presente Regulamento obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

18.20 - Os casos omissos serão dirimidos pelo Conselho Deliberativo do Programa CODEVASF-Saúde mediante propostas formuladas pela Diretoria Executiva da CASEC.

#### **Tema XIX - ELEIÇÃO DE FORO**

19.1 - Fica eleito o foro do domicílio da sede da CODEVASF para dirimir eventuais conflitos decorrentes da interpretação e aplicação deste Regulamento.

