

SUMÁRIO

TÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES E DA QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL	2
CAPÍTULO I - DA NATUREZA, DENOMINAÇÃO E OBJETIVOS	2
CAPÍTULO II - DOS BENEFICIÁRIOS E DA INSCRIÇÃO	2
Seção I - Dos beneficiários	2
Seção II - Da Inscrição	4
CAPÍTULO III - DOS DIREITOS, DEVERES E, PENALIDADES APLICÁVEIS AOS BENEFICIÁRIOS - DA EXCLUSÃO E DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS E COBERTURAS ASSISTENCIAIS	5
Seção I - Dos Direitos	5
Seção II - Dos Deveres	6
Seção III- Da Suspensão	7
Seção IV - Da Exclusão dos Beneficiários	7
TÍTULO II - DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS	11
CAPÍTULO IV - DA REDE ASSISTENCIAL.....	11
Seção I - Da Rede Credenciada	11
Seção II - Rede Terceirizada	12
CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS.....	13
Seção I - Do Atendimento Ambulatorial	13
Seção II - Do Atendimento Hospitalar	15
Seção III - Das Urgências e Emergências	19
Seção IV - Da Cobertura Obstétrica e do Recém-Nascido	21
Seção V - Da Remoção	21
Seção VI - Do Reembolso de Despesas	22
TÍTULO III - DAS RESTRIÇÕES E DOS LIMITES E MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS ASSEGURADOS	24
CAPÍTULO VI - DAS CARÊNCIAS	24
CAPÍTULO VII - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS.....	26
CAPÍTULO VIII - DAS PARTICIPAÇÕES DO BENEFICIÁRIO.....	29
CAPÍTULO IX - DAS COBERTURAS NÃO ASSEGURADAS.....	30
TÍTULO IV - DO CUSTEIO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL	32
CAPÍTULO X - DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS, CRITÉRIOS DE REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO	32
CAPÍTULO XI - DOS PATROCÍNIOS.....	34
Seção I - Do Patrocínio do Sindifisco	34
TÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	34

Aos treze dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze, às quatorze horas e trinta minutos, em reunião conjunta da Diretoria Executiva e do Conselho Administrativo da Caixa de Assistência do SINDIFISCO - **CASSIND**, em conformidade com o disposto no art. 23, I e art. 29, III, do Estatuto da Entidade, aprovaram o seguinte **REGULAMENTO DO PLANO FISCO I**:

REGULAMENTO DO PLANO FISCO I

TÍTULO I DAS DEFINIÇÕES E DA QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL

CAPÍTULO I DA NATUREZA, DENOMINAÇÃO E OBJETIVOS

Art. 1º. A Caixa de Assistência do SINDIFISCO - **CASSIND**, situada na cidade de Aracaju/SE, na Rua Jornalista João Batista de Santana, 1914 – Bairro Coroa do Meio, CEP 49035-430, prestará a seus Beneficiários Associados, Beneficiários Especiais, Beneficiários Remanescentes, Usuários e beneficiários dependentes e agregados familiares, regularmente inscritos no Programa de Assistência à Saúde, denominado **PLANO FISCO I**, assistência médico-hospitalar, coletivo por adesão, sob a modalidade de Autogestão, sem finalidade lucrativa, na forma e condições estabelecidas no presente Regulamento.

Parágrafo Único– Os serviços previstos no *caput* do presente artigo serão prestados aos Beneficiários inscritos no **PLANO FISCO I** por tempo indeterminado, desde que se mantenham em situação de regularidade perante a Cassind, preservando as condições de elegibilidade definidas neste regulamento.

Art. 2º. A administração dos recursos e serviços assistenciais, assim como a contratação da rede credenciada, será realizada de forma direta pela **CASSIND**, sendo assegurada a assistência médico-hospitalar, por intermédio de meios de execução próprios e/ou credenciados, ou ainda, excepcionalmente, por intermédio de convênio de reciprocidade e reembolso de despesas, na forma do presente Regulamento.

CAPÍTULO II DOS BENEFICIÁRIOS E DA INSCRIÇÃO

Seção I Dos beneficiários

Subseção I Dos Beneficiários Associados

Art. 3º. Serão considerados Beneficiários Associados, para os efeitos e garantias integrais assegurados neste Regulamento, os filiados ao Sindicato do Fisco do Estado de Sergipe Sindifisco, inscritos no PLANO FISCO I.

§1º. Denomina-se Titular o beneficiário associado ou especial inscrito no PLANO FISCO I na condição de destinatário principal dos direitos assistenciais nele previstos,

sendo responsável pela inclusão dos beneficiários dependentes e agregados a si vinculados, quando elegíveis ao Plano, os quais passarão a constituir o seu Grupo Familiar.

§2º. O Beneficiário Titular e os integrantes do seu Grupo Familiar serão solidariamente responsáveis pelo adimplemento das contraprestações financeiras e pelo cumprimento das demais obrigações previstas no presente Regulamento.

§3º. Denomina-se Dependente ou Agregado conforme segmentação fixada nos arts. 7º. e 8º. familiares que mantenham vínculo de parentesco com os Beneficiários Associados, Especial ou Remanescente, elegível ao PLANO FISCO I conforme os requisitos fixados na legislação aplicável e nas demais disposições deste Regulamento.

Subseção II Dos Beneficiários Especiais

Art. 4º. Para fins de inscrição no PLANO FISCO I, serão considerados Beneficiários Especiais, os associados de outras entidades mantenedoras ou patrocinadoras que vierem a aderir aos programas assistenciais ou planos de saúde disponibilizados pela CASSIND e seus respectivos dependentes e agregados familiares, conforme dispuser o presente Regulamento Assistencial e/ou Convênio firmado.

Parágrafo Único. Os beneficiários especiais, além da inscrição no PLANO FISCO I, terão direito a participar de programas promovidos pela CASSIND, de acordo com o(s) respectivo(s) ato (s) normativo (s).

Subseção III Dos Beneficiários Remanescentes

Art. 5º. Consideram-se Beneficiários Remanescentes, os dependentes e agregados familiares dos Beneficiários Associados, e dos Beneficiários Especiais indicados no §1º do art. 3º e 4º deste Regulamento, já inscritos **no Plano**, quando do falecimento do Beneficiário Titular: Associado ou Especial, a que se vinculem e seus respectivos dependentes, desde que elegíveis nos termos da legislação vigente, conforme dispuser o Regulamento Assistencial e/ou o Convênio firmado.

Subseção IV Dos Beneficiários Usuários

Art. 6º. Serão considerados Usuários, os Beneficiários integrantes de outras operadoras de planos de saúde que usufruam dos serviços disponibilizados pela CASSIND exclusivamente em face de convênio de reciprocidade ou instrumento semelhante, celebrado para fins de utilização de rede assistencial própria, credenciada ou referenciada.

Subseção V Dos Dependentes e Agregados Familiares

Art. 7º. Poderão ser inscritos como dependentes nas categorias de Beneficiários Associados, Especiais e Remanescentes:

- a)** o (a) cônjuge ou companheiro (a). Equipara-se à condição de cônjuge a companheira ou companheiro, assim entendidos aqueles que satisfaçam as exigências da legislação civil e normas definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- b)** filhos e enteados solteiros menores de 18 (dezoito) anos e os declarados incapazes ou excepcionais de qualquer idade;
- c)** menor sob guarda ou tutela do beneficiário Associado ou Especial, desde que judicialmente outorgada ou reconhecida;
- d)** filhos e enteados solteiros, com idade superior a 18 (dezoito) anos e inferior a 24 (vinte e quatro) anos, desde que estejam frequentando curso de graduação ou afim em estabelecimento de ensino superior.

Art. 8º. Poderão ser inscritos como Agregados Familiares, exclusivamente quando vinculados aos Titulares Associados ou Especiais:

- a)** os filhos e enteados, maiores de 18 (dezoito) anos ou emancipados;
- b)** os netos e bisnetos;
- c)** os irmãos e sobrinhos;
- d)** os cunhados (as);
- e)** os genros e noras.

Art. 9º. Independentemente da causa, a exclusão do PLANO FISCO I de Beneficiário Especial do quadro de filiado da Entidade Patrocinadora ou Mantenedora (caput do art.4º), implicará a simultânea exclusão dos seus respectivos Dependentes ou Agregados familiares.

Seção II Da Inscrição

Art. 10. A inscrição no PLANO FISCO I é privativa dos associados do SINDIFISCO e das demais entidades patrocinadoras ou mantenedoras, na base territorial do Estado de Sergipe, sem prejuízo do que a respeito dispuser este Regulamento acerca dos beneficiários Remanescentes, devendo ser observado os prazos de carência e CPT-Cobertura Parcial Temporária, previstos neste instrumento.

§1º. A qualquer tempo, o beneficiário Titular, Associado ou Especial, quite com suas obrigações financeiras junto ao PLANO FISCO I, poderá inscrever seus dependentes e agregados, considerando o que dispõe os arts. 7º. e 8º. deste Regulamento, devendo ser observados os prazos de carência e CPT previstos neste instrumento.

§2º. Aos Beneficiários Remanescentes somente será permitida a inscrição de beneficiários dependentes relacionados no art. 7º deste Regulamento.

§3º. A inscrição de companheiro (a) ou esposo (a) implica, necessariamente, na exclusão do (a) ex-esposo (a) ou ex-companheiro (a), não sendo admitida, portanto, a inscrição ou permanência de mais de um dependente nesta classe vinculado a um único beneficiário, mesmo que, por decisão judicial, fique consignada para estes, obrigações de garantia assistencial, econômica ou de outra ordem.

§4º. A filiação ao PLANO FISCO I deverá ocorrer mediante assinatura de Proposta de Inscrição a seguinte documentação.

I- cópia deste Regulamento e de atos normativos operacionais relativos ao PLANO FISCO I, aprovados pela Diretoria Executiva e pelo Conselho Administrativo;

II- catálogo de credenciados, contendo manual prático de procedimentos relativos à assistência à saúde;

III- manual de Convênio de Reciprocidade, contendo a relação de entidades conveniadas.

§5º. As inscrições de beneficiários, titulares, dependentes ou agregados, originariamente vinculados às entidades patrocinadoras signatárias de Convênio de Adesão, serão feitas mediante prévio requerimento ou autorização destas, sempre por escrito, observadas as regras operacionais, para tanto, fixadas pela CASSIND.

CAPÍTULO III DOS DIREITOS, DEVERES E PENALIDADES APLICÁVEIS AOS BENEFICIÁRIOS - DA EXCLUSÃO E DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS E COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Seção I Dos Direitos

Art. 11. Constituem direitos dos Beneficiários:

I- utilizar para si e para seus dependentes inscritos no Plano os serviços oferecidos e as coberturas assistenciais disponibilizadas pela CASSIND, respeitando-se as disposições deste Regulamento e demais normas editadas pela Diretoria Executiva da CASSIND;

II- pleitear revisão de qualquer medida que lhe tenha sido imposta pela administração do plano, conforme disposto no presente Regulamento;

III- receber informações acerca das atividades, serviços e programas assistenciais desenvolvidos, assim como das alterações e novas regras de natureza assistencial ou operacional que sejam definidas pela Diretoria no que se refere à utilização do Plano;

IV- solicitar esclarecimentos sobre as decisões da Diretoria que apresentem repercussão direta sobre os direitos e garantias definidas pelo órgão regulador;

§1º. Os direitos previstos neste artigo estão condicionados ao cumprimento das obrigações financeiras junto a **CASSIND** e ainda à observância das demais regras estabelecidas no Estatuto Social;

§2º. A inscrição no Plano assegura exclusivamente direitos de fruição dos serviços e coberturas assistenciais definidos na legislação aplicável (Rol da ANS), conforme cláusulas e condições deste Regulamento, não conferindo ao Beneficiário, Associado, Especial, Remanescente ou Usuário, ou a qualquer de seus dependentes ou agregados familiares, direitos de qualquer outra natureza, inclusive em relação às reservas, fundos, créditos e demais componentes do patrimônio da CASSIND.

Seção II Dos Deveres

Art. 12. Constituem deveres dos Beneficiários, dentre outros previstos ao longo deste instrumento regulatório:

I- zelar pelo bom nome, patrimônio e qualidade da assistência prestada pela CASSIND;

II- pagar pontualmente as contribuições, débitos e quaisquer outras obrigações pecuniárias devidas a CASSIND;

III- observar as disposições legais, estatutárias e regulamentares, bem como as normas expedidas por Resolução da Diretoria;

IV- portar documentos de identidade e de identificação probante da condição de beneficiário, bem como o comprovante de regularidade financeira perante a CASSIND, exibindo-os sempre que solicitado;

V- devolver à CASSIND, nos casos de exclusão dos programas assistenciais, os respectivos documentos de identificação;

VI- comunicar de imediato qualquer alteração de seus dados cadastrais ou de seus dependentes, assim como outras ocorrências que determinem a perda da condição de dependente;

VII- comunicar toda e qualquer irregularidade advinda da prestação de serviços pelos credenciados.

Art. 13. Os beneficiários serão identificados por meio de Cartões de Identificação próprios da CASSIND, cuja exibição será obrigatória juntamente com o documento de identidade, sempre que os serviços assistenciais forem solicitados, seja frente ao plano, rede credenciada ou empresas conveniadas.

Art. 14. Em caso de utilização indevida dos serviços disponibilizados pelo Plano, seja através do empréstimo de carteiras, simulação de evento assistencial, entre outros, os custos decorrentes dessa conduta serão exigíveis, de forma solidária, de todos os integrantes do grupo familiar do beneficiário que tenha cometido, facilitado ou permitido a prática da infração ou irregularidade. A solidariedade se estende à Entidade Patrocinadora a que se vincule o Beneficiário infrator, nos termos do Convênio de Adesão celebrado.

Seção III Da Suspensão

Art. 15. O atraso no pagamento de contribuição ou obrigação financeira de responsabilidade do beneficiário, por prazo superior a 30 (trinta) dias, implicará a suspensão dos serviços médico-hospitalares.

§1º. A suspensão de que trata o *caput* deste artigo é extensiva aos beneficiários dependentes e agregados familiares e não isenta o titular ou responsável financeiro das obrigações de pagamento das cotas exigíveis durante este período.

§2º. As despesas integrais oriundas dos serviços utilizados durante a suspensão do beneficiário dependente ou agregado familiar serão de inteira responsabilidade do TITULAR, associado, especial ou remanescente, assim como de todo o grupo familiar de forma solidária. Havendo responsável financeiro pelo plano, também sobre este recairá solidariamente a responsabilidade pelo pagamento ou ressarcimento das despesas de que trata este artigo.

Seção IV Da Exclusão Dos Beneficiários

Art. 16. Os beneficiários poderão ser excluídos do PLANO FISCO I, nas seguintes hipóteses:

I- por falecimento;

II- por sua própria vontade, mediante comunicação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Se esta se der até o dia vinte do mês corrente, as cotas do excluído não serão consideradas para o rateio em curso;

III- sempre que, por fraude, tentar ou obtiver, para si ou para terceiros, quaisquer vantagens indevidas, causadoras ou não de lesões dos direitos da CASSIND, ou ainda facilitar, permitir ou ocultar a práticas irregulares de que tenha conhecimento;

IV- por embaraço a qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos interesses da CASSIND;

V- por falta de quitação das obrigações financeiras perante a CASSIND, por período superior a 60 (sessenta) dias;

VI- a pedido da Entidade Patrocinadora ou Mantenedora a que o Beneficiário seja vinculado;

VII- a pedido do Titular no caso de beneficiário dependente ou agregado;

VIII- por aposição de declarações falsas na Proposta de Inscrição, que influenciem na respectiva adesão ou importem na equivocada fixação das pertinentes cotas;

IX- por eliminação do quadro associativo do SINDIFISCO ou da Entidade Conveniada, Matenedora ou Patrocinadora, nas hipóteses previstas nos respectivos Estatutos Sociais;

§1º. a resolução, rescisão ou dissolução do convênio de Multipatrocínio ou de Reciprocidade implicará exclusão dos respectivos beneficiários, cabendo às entidades a que se vinculem o dever de comunicar-lhes a ocorrência, assim como a data de interrupção das coberturas assistenciais.

§2º. das decisões de exclusão de associados, tomadas pela Diretoria Executiva, em razão de violação legal, estatutária ou regulamentar, caberá recurso à Assembléia Geral, no prazo de 15 (quinze) dias da ciência do ato.

§3º. a exclusão promovida pela CASSIND será precedida de prévia comunicação escrita, devidamente justificada.

§4º. nenhum beneficiário terá participação sobre patrimônio, reservas, fundos, créditos ou qualquer bem ou direito da CASSIND e a exclusão não implicará direito indenizatório de qualquer natureza.

§5º. a exclusão de beneficiários não isenta os mesmos e os Titulares ou responsáveis financeiros a eles vinculados do cumprimento das obrigações pecuniárias ou de outra natureza pendentes de regularização, ficando a CASSIND autorizada a:

I- promover a cobrança do débito, por via administrativa ou judicial;

II- promover a inclusão do inadimplente em serviços de proteção ao crédito, observando-se as regras estabelecidas na legislação pertinente.

§6º. As regras relativas ao detalhamento do disposto no parágrafo anterior serão estabelecidas em respectiva Resolução da Diretoria.

§7º. A exclusão do beneficiário Titular nas hipóteses previstas nos incisos II a VIII do *caput* do presente artigo implicará a exclusão automática dos respectivos dependentes e agregados familiares.

§8º. A solicitação de retorno de beneficiário excluído, quando permitida por este Regulamento, será condicionada à comprovação dos requisitos de elegibilidade ao cumprimento das formalidades de um novo contrato, sujeitando-se aos prazos de carência estabelecidos no regulamento, além do pagamento integral dos débitos em aberto perante à CASSIND

§9º. Após a exclusão do PLANO FISCO I a utilização dos serviços da **CASSIND**, será considerada indevida, respondendo o beneficiário titular ou remanescente, pelas despesas integrais, sem prejuízo das penalidades legais e regulamentares em vigor.

Art. 17. Em caso de falecimento do beneficiário Titular, Associado ou Especial indicado no Inciso II do art. 4º deste Regulamento, o cônjuge supérstite poderá manter-se ou inscrever-se no PLANO FISCO I, na qualidade de beneficiário Remanescente, juntamente com seus dependentes e agregados familiares, desde que estes também

sejam elegíveis ao PLANO FISCO I, conforme capítulo II deste regulamento, respeitando-se as disposições da RN 195/10 da Agência Nacional de Saúde:

a) O requerimento de inscrição ou permanência deverá ser dirigido à Administração da CASSIND no prazo de 30 (trinta) dias do falecimento, acompanhado da respectiva certidão de óbito e da certidão de casamento ou comprovante da união estável;

b) O requerimento também deverá ser instruído com declaração formal de assunção da responsabilidade pelas obrigações financeiras previstas neste Regulamento vinculadas ao beneficiário falecido e seus dependentes e agregados, vencidas ou vincendas.

§1º. O pedido de inscrição de dependentes e agregados familiares deverá ser acompanhado dos documentos comprobatórios da respectiva condição de elegibilidade.

§2º. Em caso de falecimento do titular, o (a) respectivo pensionista ficará responsável pelo pagamento integral das cotas vencidas após o óbito, devidamente atualizadas, cujo vencimento, a critério da diretoria, em apreciação a requerimento fundamentado poderá ser postergado para a data do primeiro pagamento da respectiva pensão.

§3º. O cônjuge viúvo que, tendo assumido a condição de beneficiário remanescente, contrair novas núpcias, será excluído do plano sem prejuízo da continuidade da assistência prestada aos dependentes e agregados familiares, observada a formalização de termo de responsabilidade.

§4º. O cônjuge viúvo, seus dependentes e agregados já inscritos no **PLANO FISCO I**, estarão desobrigados da observância dos prazos de carência, desde que já os tenham cumprido na condição anterior.

§5º. Em caso de falecimento do cônjuge viúvo, os dependentes poderão permanecer no plano, na condição anterior da ocorrência do óbito, se dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do falecimento, o tutor ou curador, manifestar expressamente o desejo de manter vínculo com a **CASSIND**, por meio de:

I- termo de responsabilidade financeira;

II- apresentação do certificado de tutela ou curatela.

§6º. Em caso de falecimento do Titular, Associado ou Especial, indicado no §1º do art. 3º deste Regulamento, quando este não deixar cônjuge supérstite, ficará garantido o direito de permanência no plano aos beneficiários dependentes ou agregados já inscritos, na qualidade de beneficiários remanescentes, desde que observadas as exigências fixadas neste Regulamento, especialmente as obrigações financeiras vencidas e vincendas de responsabilidade do beneficiário falecido.

§7º. Em caso de falecimento do Titular, Associado ou Especial indicado no §1º do art. 3º deste Regulamento quando este deixar inscritos no plano **dependentes menores ou absolutamente incapazes** será facultado ao cônjuge viúvo mantê-los, **sem que seja exigida a sua própria inscrição como beneficiário**, cabendo a este responder por todas as obrigações previstas neste regulamento relativamente aos dependentes

inscritos, desde que manifeste essa pretensão em até 30 (trinta) dias contados da data do óbito.

§8º. Aos responsáveis financeiros, tutores e curadores não serão permitidos incluir dependentes ou beneficiários agregados no plano.

§9º. Os dependentes ou agregados vinculados ao falecido, que já possuam maioria civil, serão considerados e individualmente tratados como Beneficiários Remanescentes, permitindo-se a inclusão de dependentes, **desde que elegíveis ao plano nos termos da legislação vigente**, definida a partir do titular ou o do cônjuge supérstite, observadas as normas pertinentes estabelecidas neste regulamento e na legislação em vigor.

§10. A falta de comunicação do novo estado civil do cônjuge viúvo (a) constitui fraude contra a **CASSIND** e obriga o transgressor ao pagamento integral de todas as despesas a que tiver dado causa, desde a data do novo matrimônio, com acréscimos legais.

Art. 18. Salvo manifestação em contrário por parte do (a) respectivo beneficiário (a) titular, ou beneficiário remanescente, quando o seu filho e/ou enteado que figure no PLANO FISCO I perder a condição que lhe facultou ser inscrito como dependente, será automaticamente transferido para a condição de beneficiário agregado, mantendo-se no respectivo Grupo Familiar para todos os fins e efeitos, sem prejuízo das carências já cumpridas.

§1º. O Beneficiário perderá a condição de dependente na ocorrência das seguintes situações:

- I- Casamento ou outra forma de união estável, devidamente comprovada;
- II- Exercício de emprego ou atividade remunerada, bem como estabelecimento civil ou comercial, com economia própria;
- III- Ao completar 18 anos, exceto se universitário;
- IV- Ao completar 24 anos, desde que esteja cursando o 3º grau, em estabelecimento de ensino superior;

§2º. Nas hipóteses previstas no *caput* deste artigo, será assegurada a condição de dependente, nos termos deste Regulamento desde que seja apresentada declaração ou comprovante de matrícula em escola de nível superior em prazo não superior a 30 (trinta) dias, contados da data de aniversário do referido dependente, no início de cada semestre (fevereiro e agosto).

§3º. As despesas administrativas e os custos assistenciais decorrentes da utilização dos serviços da CASSIND por quem nunca deteve, ou por quem tenha perdido a qualidade de beneficiário dependente ou agregado, serão solidária e integralmente exigidos do Beneficiário Titular, especial ou remanescente, a quem os referidos dependentes ou agregados se vinculem, sem prejuízo das penalidades legais e regulamentares aplicáveis.

Art. 19. O Beneficiário Titular, Associado, Especial ou Beneficiário Remanescente, também será responsável pelos dispêndios decorrentes da utilização indevida dos

cartões de identificação se deixar de comunicar o extravio dos mesmos à CASSIND, por escrito, no prazo de 24 horas da ocorrência.

TÍTULO II DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS

CAPÍTULO IV DA REDE ASSISTENCIAL

Seção I Da Rede Credenciada

Art. 20. A **CASSIND** disponibilizará aos seus beneficiários os serviços previstos neste Regulamento através de serviços próprios, rede credenciada, profissionais autônomos, clínicas, ambulatórios, laboratórios e hospitais, constantes no guia médico.

§1º. Os instrumentos contratuais firmados com entidades hospitalares, clínicas ou laboratórios, deverão obedecer aos parâmetros definidos na legislação pertinente.

§2º. Para aprovação dos credenciamentos serão considerados:

I - a especialidade e qualificação dos serviços;

II - a necessidade dos serviços;

III - a demanda dos serviços;

IV- o número de instituições contratadas por localidade, tipo e especialidade;

V- a localização do estabelecimento.

VI- comprovação de habilitação e qualificação do prestador, conforme critérios observados pela Associação da especialidade correlata ou definidos pelo CFM- Conselho Federal de Medicina;

VII- Comprovação do cumprimento das normas legais e regulamentares pertinentes, editadas pelo Poder Público Federal, Estadual e Municipal;

Art. 21. Se durante a internação do beneficiário ocorrer o descredenciamento de estabelecimento hospitalar, em razão de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, a **CASSIND** responsabilizar-se-á pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

Art. 22. Ocorrendo o descredenciamento de qualquer prestador de serviço, os beneficiários terão direito de prosseguir o tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada da **CASSIND**, sem que esta tenha que efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

§1º. Havendo o descredenciamento de estabelecimento hospitalar, durante a internação de quaisquer dos beneficiários regularmente inscritos no PLANO FISCO I, o mesmo permanecerá internado, mantidas as responsabilidades da Cassind e dos beneficiários pelo pagamento das despesas da internação previstas neste Regulamento.

§2º. A fiscalização e/ou auditoria da assistência prestada nos termos deste Regulamento será procedida diretamente pela **CASSIND** ou por pessoa física ou jurídica, especialmente designada para esse fim.

§3º. Constatada qualquer irregularidade ou inadequação dos serviços oferecidos os fatos serão apurados pela Diretoria Executiva da **CASSIND**.

Seção II **Rede Terceirizada**

Art. 23. Nas regiões ou localidades com dificuldade de contratação direta e observadas as normas expedidas pela ANS, a CASSIND poderá contratar outras operadoras para utilização de sua rede credenciada de prestação de serviços de assistência à saúde ou referenciamento dessa, para os usuários residentes em outras localidades, em trânsito ou ainda para os casos de cobertura obrigatória não disponível na rede credenciada na área de abrangência do PLANO FISCO I.

§1º. Em caso de celebração de convênio para uso de rede de outra operadora, a assistência à saúde será prestada nos termos e limites deste Regulamento, devendo ainda ser observadas as normas operacionais previstas nos respectivos convênios.

§2º. O beneficiário arcará com a diferença entre os valores cobrados através da rede da operadora contratada e os praticados pela CASSIND, quando:

I–utilizar o cartão emitido pela operadora da contratada/terceirizada e o profissional ou estabelecimento que prestar o serviço for também credenciado à CASSIND;

II- utilizar o cartão emitido pela operadora contratada/terceirizada em localidade onde a CASSIND prestar a assistência à saúde somente mediante rede credenciada própria;

III– salvo em casos de urgência e emergência, onde se comprove a impossibilidade de utilização da rede credenciada diretamente pela CASSIND, utilizar a rede da operadora contratada havendo estabelecimento ou prestador credenciado diretamente pela CASSIND.

§3º. Para atendimento em rede não credenciada nos casos de urgência e emergência, aplicar-se-á também o seguinte entendimento:

I- os valores acordados entre a CASSIND e os prestadores integrantes da rede credenciada diretamente, serão os mesmos adotados para a cobrança pela CASSIND dos serviços cujo pagamento parcial ou integral seja de responsabilidade do usuário do Plano;

II- os reembolsos que sejam, porventura, devidos aos usuários serão realizados e comprovadamente pagos, exclusivamente, com base na tabela padrão adotada pela CASSIND;

III- cabe a CASSIND divulgar relação atualizada dos prestadores no informe periódico e disponibilizar no site as condições de contratação destes serviços.

CAPÍTULO V DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS

Seção I Do Atendimento Ambulatorial

Art. 24. Considerando o atendimento disponibilizado em regime ambulatorial, o presente Regulamento compreende a cobertura dos serviços e procedimentos realizados em consultório e ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, exceto internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares;

§1º. Para efeito do disposto no presente artigo, serão asseguradas as coberturas assistenciais básicas definidas no Rol da ANS para os **planos Coletivos por Adesão** na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, operados pela CASSIND, consideradas as disposições deste Regulamento, inclusive no que tange aos mecanismos de regulação, destacando-se os procedimentos:

I- consultas médicas em consultórios, pronto socorro e clínicas básicas especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, observando-se a rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CASSIND, expressamente indicados no Guia Médico;

II- exames clínicos e laboratoriais;

III- serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico, quando seja necessária a utilização de ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, conforme preceitua o *caput* deste artigo;

IV- assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada credenciada pela **CASSIND**;

V- sessões de fisioterapia e psicomotricidade;

VI- sessões de fonoaudiologia, psicoterapia, escleroterapia, psiquiatria, acupuntura, terapia ocupacional e com nutricionista, observados as demais diretrizes especificadas pela ANS, bem como aquelas de natureza operacional definidas pela diretoria da Cassind em resolução própria;

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

VIII- cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em regime ambulatorial, por prazo não superior a 12 horas;

IX- cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de procedimentos de cobertura básica obrigatória, editado pela ANS;

X- cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme o disposto na Seção V deste Capítulo;

XI- cobertura de remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade de saúde para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

XII- cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamento para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrado sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de Saúde, conforme critérios definidos em Resolução da Diretoria Executiva;

XIII- quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

XIV- cobertura dos procedimentos de radioterapia obrigatórios para a segmentação ambulatorial, conforme Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória editado pela ANS;

XV- cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatorial que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que sejam obrigatórios para a segmentação ambulatorial, conforme Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória editado pelo órgão competente;

XVI- cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XVII- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou LASIK), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0; ou (ii) hipermetropia até grau 6,0 com ou sem astigmatismo com grau até 4,0;

XVIII- procedimentos que exijam anestesia, EXCETO A LOCAL, quando NÃO demandar período de internação superior a 12 horas;

§2º. São considerados adjuvantes aqueles medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§3º. Estão incluídos na assistência a que se refere o inciso **VII** do parágrafo primeiro:

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

II- atendimentos às psicoterapias de crise, assim qualificados como os atendimentos intensivos prestados por um ou mais profissionais da área da saúde mental, limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumuláveis, com duração máxima de 12 (doze) semanas;

III- tratamento básico, realizado por médico credenciado, assegurado às coberturas de consultas, bem como para os serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente quando previstos no rol de procedimentos editado pela ANS, neste regulamento ou em resoluções emitidas pela diretoria da CASSIND.

Seção II **Do Atendimento Hospitalar**

Art. 25. Considerando as coberturas do **PLANO FISCO I** aqui previstas, o regime de atendimento hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvados a cobertura para os procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, observadas as seguintes exigências:

§1º. Estão incluídos na assistência a que se refere o presente artigo:

I- internações em hospitais e clínicas básicas e especializadas credenciados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de cobertura obrigatória conforme Rol da ANS, constantes na tabela adotada pela CASSIND, desde que solicitadas por médico assistente, observada a prévia emissão da correspondente guia de encaminhamento, pela administração da **CASSIND**;

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 - infligidas.

III- cobertura, em número **ilimitado** de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar, ressalvada a possibilidade da exigência de coparticipação ou franquia nos casos admitidos pela legislação aplicável;

IV- cobertura de transplantes de córnea, rim, autólogo e halogênio de medula, atendidos os requisitos e diretrizes de utilização especificados pela ANS, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao SUS.

V- atendimentos hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação, em apartamento individual, inclusive com direito a acomodação e alimentação servida pela instituição hospitalar, assegurada a permanência de um acompanhante para pacientes menores de 18 e maiores de 60 anos, ou para aqueles portadores de necessidades especiais;

VI- cobertura de internações hospitalares em UTI ou similares, de acordo com relatório do médico assistente;

VII- cobertura de despesas referentes a honorários médicos, dos serviços gerais de enfermagem e alimentação recomendada para o paciente pelo médico assistente;

VIII- cobertura de serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico indispensável ao tratamento da doença;

IX- cobertura para medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue, sessões de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e fonoaudiologia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

X- cobertura de todas as taxas hospitalares, inclusive instrumental cirúrgico, consoante acordo firmado entre a **CASSIND** e a rede credenciada hospitalar;

XI- cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais obrigatórios para a segmentação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos Obrigatórios editado pelo órgão competente, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, utilizadas durante o período de internação hospitalar;

XII- Cobertura exclusivamente da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, devidamente justificado, necessitem de internação hospitalar. Nestes casos, os honorários do cirurgião-dentista, bem como os materiais por ele utilizados **não serão cobertos pela CASSIND.**

XIII- cobertura de próteses e órteses, ambas ligadas ao ato cirúrgico;

XIV- cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ou de neoplasia maligna (câncer);

XV- cirurgias cardíacas e procedimentos hemodinâmicos;

XVI- laqueadura de trompas e salpingectomia, observados os princípios da ética médica e a legislação em vigor do Ministério da Saúde;

XVII- vasectomia, observados os princípios da ética médica e a legislação em vigor do Ministério da Saúde;

§2º. Para fins do disposto no *caput*, são considerados procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a)** hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b)** quimioterapia oncológica ambulatorial, conforme disposto no Art. 24, Inciso XII deste Regulamento;
- c)** procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória editados por órgão competente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d)** hemoterapia;
- e)** nutrição parenteral ou enteral;
- f)** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica previstos no Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória editados por órgão competente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- g)** embolizações previstas no Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória editados por órgão competente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- h)** radiologia intervencionista;
- i)** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j)** procedimentos de reeducação e reabilitação física previstos no Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória editados por órgão competente para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- l)** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Inciso IV do presente artigo.

§3º. A cobertura a que se refere o inciso IV do parágrafo anterior, quando dependente de doador cadáver, somente será assegurada ao Beneficiário que esteja

obrigatoriamente inscrito numa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOS, observado o critério de fila única de espera e seleção.

§4º. Para fins do disposto no inciso XIII deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I- cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos de Cobertura Obrigatória editado pelo órgão competente;

II- o profissional requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, conforme Normas editadas pela ANS e pelo CFM; e

III- em caso de divergência técnica entre o profissional requisitante e o setor médico da CASSIND acerca do procedimento ou conduta prescrita, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CASSIND, nos termos fixados pela Resolução CONSU nº 08 ou norma regulamentadora que a substitua.

§5º. Ainda para fins do disposto no inciso XI e XII deste artigo:

I- em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

II- os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizado em ambiente hospitalar, **não estão incluídos na cobertura da CASSIND**, ficando este ônus a cargo do usuário.

§6º. Estão incluídos no atendimento a que se refere o inciso II do *caput* deste artigo, nos limites abaixo estabelecidos, e, sempre que possível, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais, as seguintes coberturas:

I- custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para os casos de transtornos psiquiátricos de crise;

II- custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral ou clínica especializada, para os casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar;

III- o custeio de 08 (oito) semanas, por ano, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital - dia;

IV- cobertura de 180 (cento e oitenta) dias, por ano, não cumuláveis, de tratamento em regime hospital-dia, para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID10.

§7º. A cobertura dos procedimentos a que alude os incisos XVI e XVII deste artigo é assegurada nos limites da Tabela adotada pela **CASSIND**.

§8º. Para fins da assistência prevista no inciso XIV *do caput* deste artigo, considera-se acidente pessoal todo evento súbito, externo, involuntário e violento, causador de lesão física, não definida pela legislação como acidente de trabalho, excluída os sísmicos de qualquer modalidade.

§9º. Quando o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência, exceto em casos de acidente pessoal, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, cobrindo apenas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação ou procedimentos que demandem uso da estrutura hospitalar por período superior a doze horas. Ultrapassado o período de 12 (doze) horas acima referido, ou caso haja, antes desse prazo, a necessidade de internação, as despesas passam a ser de responsabilidade do usuário, não cabendo qualquer obrigação à CASSIND, conforme determina a Resolução CONSU de nº. 13, de 03/11/1998.

§10. Quando a internação estiver coberta pelo Plano, mas ocorrer durante os períodos de Cobertura Parcial Temporária – CPT para doenças ou lesões pré-existentes, a cobertura estará assegurada exceto para despesas com procedimentos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, UTIN, CTI, USI, ETC) e procedimentos de alta complexidade assim definidos no Rol editado pela ANS relacionados à patologia/lesão pré-existente. Nestes casos, o beneficiário ou seu responsável deverá assumir a responsabilidade financeira da continuidade da assistência perante o prestador do serviço, desobrigando a CASSIND deste ônus.

§11. Quando ocorrer a cessação de cobertura prevista nas situações descritas nos §§ 9º e 10 é assegurado o direito à remoção para uma Unidade do SUS, a expensas da CASSIND, conforme indicação do médico assistente.

§12. Na hipótese do paciente beneficiário ou seu responsável optar pela continuidade do atendimento no hospital privado onde se encontre sem a cobertura assistencial a CASSIND, dispensando a remoção para Unidade do SUS, ou quando não possa haver esta remoção, por risco de morte ou complicações clínicas para o paciente, o responsável do beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a CASSIND deste ônus e da responsabilidade médica.

Seção III **Das Urgências e Emergências**

Art. 26. Para os fins do disposto neste artigo, entende-se por emergências, todos os eventos que implicarem em risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o

paciente, caracterizados por declaração do médico assistente e por urgências, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional igualmente fundamentado em relatório do médico assistente;

§1º. Conforme previsto em norma editada pelo Órgão Regulador (Resolução CONSU nº 13), os eventos considerados como de **emergência**, ou de **urgência relacionada ao processo gestacional**, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência, terão sua cobertura limitada às primeiras 12 (doze) horas da assistência, em caráter de pronto atendimento, com o fim específico de garantia da atenção e atuação no sentido de preservação da vida, órgãos e funções, **não assegurando cobertura para a internação**.

§2º. Para a continuidade do atendimento em casos de emergência ou de urgência relacionado ao processo gestacional, **no decorrer de períodos de carência**, seja necessária a internação ou a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir desse fato passará a ser do Beneficiário, não cabendo ônus à CASSIND.

§3º. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao PLANO FISCO I, estará garantida a cobertura integral dos procedimentos previstos no Rol editado pela ANS, nas segmentações ambulatorial e hospitalar, para os casos de acidentes pessoais.

§4º. Caso o beneficiário já tenha cumprido os períodos de carência, mas esteja sujeito à Cobertura Parcial Temporária – CPT, por doenças e lesões preexistentes, terá atendimento de urgência e emergência para essas doenças ou lesões, excluídas os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade inclusive os definidos no rol de procedimentos editado pela ANS, relacionados à doença ou lesão preexistente.

§5º. A cobertura assistencial a que alude o presente artigo, compreende a remoção terrestre, dentro do Território Nacional, para o hospital mais próximo do SUS ou da Rede Credenciada da **CASSIND** e a cobertura dos medicamentos ministrados no período de atendimento, observadas tabelas de preços adotadas pela CASSIND.

§6º. Quando ocorrer a cessação de cobertura prevista nas situações descritas no parágrafo 1º, é assegurado o direito à remoção para uma Unidade do SUS, a expensas da CASSIND conforme indicação do médico assistente.

§7º. O atendimento de urgência ou emergência decorrente de acidente pessoal será garantido depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§8º. Na hipótese do paciente beneficiário ou seu responsável optar pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo 3º, dispensando a remoção para uma Unidade do SUS, ou quando não possa haver a remoção, por risco de morte, o responsável do beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando a CASSIND deste ônus e da responsabilidade médica.

§9º. A cobertura para os casos de urgência ou emergência limita-se à enfermidade que motivou o atendimento, inclusive a internação, até a respectiva alta;

§10º. Em caso de atendimento de urgência/emergência, caso o usuário ainda não esteja portando a carteira do plano, a CASSIND, deverá ser acionada no menor tempo possível para viabilizar emissão de guias de autorização junto ao prestador credenciado, caso seja comprovado o direito do usuário quanto a cobertura do serviço;

Seção IV **Da Cobertura Obstétrica e do Recém-Nascido**

Art. 27. A Cobertura Obstétrica inclui os procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes condições:

I- cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado para a mulher durante o trabalho de parto e pós parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la;

II- cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

III- opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, elegível ao plano, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; e

IV. Em caso de inscrição de filhos adotivos, menores de 12 (doze) anos de idade, serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que a adesão ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

§1º. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, entendem-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

§2º. Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos de Cobertura obrigatória editado por órgão competente, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

Seção V **Da Remoção**

Art. 28. O PLANO FISCO I assegura a remoção inter-hospitalar do beneficiário paciente, por via terrestre, dentro do Estado de Sergipe, após realizados os atendimentos classificados como de urgência/emergência, exclusivamente quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pelo hospital onde o paciente se encontre e a necessidade da sua transferência para internação em outro hospital, pertencente à rede credenciada, para continuidade da atenção devida, observadas as normas técnicas e de segurança que a transferência impõe.

§1º. Nos casos de urgência e emergência, durante o período de carência para cobertura hospitalar, bem como nos pertinentes casos de cobertura parcial temporária, a remoção do paciente será garantida, em caráter definitivo, após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, para uma unidade hospitalar da rede pública (SUS) que disponha de recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. No caso de haver opção pela permanência em hospital privado as despesas referentes à internação ficarão sob a responsabilidade do paciente ou seu responsável, desobrigando-se a contratada da responsabilidade médica e do respectivo ônus.

§2º. Nos casos ora previstos, quando não possa haver remoção, por risco de vida, o Beneficiário, ou seu responsável ou representante, e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, a CASSIND, desse ônus.

§3º. Para as remoções de que tratam este artigo a CASSIND disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do beneficiário, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS ou no hospital de destino, quando for o caso.

§4º. A remoção deverá ser previamente requerida à CASSIND, podendo esta solicitar informações, relatórios e documentos que comprovem a necessidade e a possibilidade da transferência solicitada.

Seção VI Do Reembolso de Despesas

Art. 29. A CASSIND assegurará o reembolso, no limite das obrigações previstas neste Regulamento e especificamente em relação às coberturas assistenciais, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano, nos casos exclusivos de urgência ou emergência e quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados vinculados à rede de prestadores do PLANO FISCO I.

§1º. Na hipótese de não existirem hospitais, clínicas ou profissionais credenciados (inclusive mediante convênio de reciprocidade) em determinada especialidade na área geográfica de cobertura prevista neste Regulamento, a CASSIND adotará as providências estabelecidas nas Resoluções Normativas editadas pela ANS.

§2º. O beneficiário deverá observar as normas operacionais definidas pela CASSIND fixadas de acordo com as Resoluções Normativas editadas pela ANS para fins de garantia da oferta de coberturas assistenciais obrigatórias, inclusive no que se refere aos prazos de atendimento e possibilidade de reembolso.

Art. 30. A **CASSIND** poderá também reembolsar, a título de complementação, na forma e limitações previstas neste Regulamento, a despesa excedente paga pelo beneficiário titular ou beneficiário especial, quando a assistência se der por qualquer outra organização de assistência médico - hospitalar da qual o paciente seja filiado ou contribuinte.

Parágrafo Único. O valor de reembolso previsto neste artigo não poderá ser superior a 50% (cinquenta por cento) do valor total do excedente desembolsado, calculado na forma e limitações do inciso III do artigo 29.

Art. 31. Os reembolsos previstos nesta seção serão efetuados diretamente ao Titular, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados da entrega à **CASSIND** da solicitação, acompanhada da seguinte documentação:

I- via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela **CASSIND** (Recibos e Notas Fiscais).

II- conta analítica (fatura) médico-hospitalar, discriminada detalhadamente com cópia de prontuário médico;

III- relatório médico pormenorizado, indicando a patologia, traumas ou complicações havidas, bem como os procedimentos adotados;

IV- declaração do médico assistente, esclarecedora das justificativas do atendimento de urgência e/ou emergência, quando for o caso, observando a Tabela de Reembolso praticada pela CASSIND;

V- requerimento através dos seguintes meios: em impresso padronizado, junto ao setor competente ou quando disponível no site da CASSIND, nesse caso a documentação deverá ser enviada via correios;

VI- no recibo deve constar o nº. do CRM e CPF do solicitante;

§1º. Não serão considerados para reembolso:

I- Documentos rasurados, emendados, ilegíveis ou com dupla grafia, sem ressalva dos emitentes;

II- Comprovantes de despesas em desacordo com o previsto neste instrumento contratual;

III- Comprovantes de pagamentos efetuados há mais de 01 (um) ano da data de entrega do requerimento.

§2º. O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano, contado da realização da despesa, para requerer o reembolso apresentando a documentação acima listada.

§3º. Tratando-se de serviço prestado por pessoa jurídica, somente será aceita a nota fiscal juntamente com o respectivo recibo de quitação, como documento hábil à comprovação das despesas a serem reembolsadas na hipótese de pessoa física, a apresentação de recibo firmado pelo médico assistente comprobatório do atendimento. É imprescindível o fornecimento de códigos de tabela dos exames e procedimentos realizados, bem como CRM, CPF e RG do médico que prestou a assistência;

§4º. Caso a documentação apresentada para reembolso contenha dados errados ou rasuras que não permitam o cálculo correto dos valores a serem reembolsados a

CASSIND poderá solicitar, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, outros documentos e/ou informações que se fizerem necessárias para tanto.

§5º. Na hipótese prevista no parágrafo anterior, observar-se-á para realização do reembolso, prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do atendimento das solicitações realizadas pela **CASSIND**.

§6º. Em caso de óbito do titular, o reembolso será realizado ao beneficiário remanescente, ou na ausência deste, àquele que for eleito como pensionista junto ao IPES/INSS;

a) Considerando-se a previsão do parágrafo anterior o prazo para solicitação de reembolso, para serviços utilizado pelo de cujus, será de 60 (sessenta) dias contados da data da ocorrência do fato, situação em que tais despesas poderão passar a ser de responsabilidade dos familiares;

b) Caso o de cujus não deixe nenhum dependente ou beneficiário inscrito no plano, fará jus ao reembolso o seu **junto ao plano, ou na ausência deste àquele que for eleito como responsável financeiro junto ao plano ou na ausência desse o beneficiário que ficar como pensionista junto ao IPES/INSS.**

TÍTULO III DAS RESTRIÇÕES E DOS LIMITES E MECANISMOS DE REGULAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS ASSEGURADOS

CAPÍTULO VI DAS CARÊNCIAS

Art. 32. Os beneficiários farão jus aos serviços assistenciais especificados neste Regulamento a partir da data de adesão, ressalvadas as situações previstas neste Regulamento ou nas normas aplicáveis, editadas pela ANS, notadamente a Resolução Normativa - RN nº. 195 e suas subseqüentes alterações, em face das quais estarão sujeito ao cumprimento dos seguintes períodos de carência, contados da data de adesão:

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

II- consultas médicas e exames laboratoriais simples de apoio diagnóstico (hemograma, parasitológico de fezes, sumário de urina) - **30 (trinta) dias;**

III- exames especializados/procedimentos clínicos, inclusive as terapias em série e/ou cirúrgicos em regime ambulatorial - **90 (noventa) dias;**

IV- partos A TERMO – **300 (trezentos) dias;**

V- internações hospitalares (exceto para partos), cirurgias de pacientes (exceto para os casos de urgência e emergência conforme definido no regulamento) e demais casos previstos nas coberturas assistenciais asseguradas no Regulamento - **180 (cento e oitenta) dias.**

§1º. As carências definidas nos incisos III e V deste artigo serão de até 24 meses, caso o exame admissional constate lesão e/ou doença preexistente, ligada a patologia declarada.

§2º. É considerada, para todos os efeitos, como data de adesão ao plano, a data de assinatura da proposta de inscrição, onde será informado valor da taxa de inscrição e forma de cobrança, conforme resolução da Diretoria;

§3º. As carências são contadas em dias corridos, não tendo seus prazos afetados por pagamentos antecipados.

§4º. São vedados a inscrição retroativa ou o pagamento antecipado de cotas ou quaisquer valores para fins de diminuição de prazos de carências.

§5º. Para fins de especificação do inciso III do presente artigo, consideram-se procedimentos especializados, observado o Rol de procedimentos e as diretrizes de utilização editados pela ANS:

- I- acupuntura;
- II- angiografias;
- III- cateterismo cardíaco;
- IV- cintilografia;
- V- densitometria óssea;
- VI- diagnose em oftalmologia e otologia;
- VII- diálise peritoneal / hemodiálise;
- VIII- doppler e doppler fluxometria;
- IX- ecocardiograma / mapa / holter / teste ergométrico;
- X- eletrocardiografia dinâmica;
- XI- endoscopia;
- XII- escleroterapia;
- XIII- espirometria;
- XIV- exames genéticos;
- XV- fisioterapia;
- XVI- fonoaudiologia;
- XVII- histeroscopia;
- XVIII- laser terapia;
- XIX- litotripsia e nefrolitripsia extracorporea;
- XX- mamografia;
- XXI- mapeamento com tálio ou gálio;
- XXII- medicina nuclear;
- XXIII- neurofisiologia clínica;
- XXIV- neuroradiologia;
- XXV - prova de função pulmonar;
- XXVI- psicologia;
- XXVII- psicomotricidade;
- XXVIII- psicoterapia;
- XXIX- quimioterapia;
- XXX- radiografia contrastada e intervencionista;
- XXXI- ressonância magnética;
- XXXII- scanduplex;

- XXXIII-** teste alérgico;
- XXXIV-** tomografia computadorizada;
- XXXV-** tratamento dermatológico;
- XXXVI-** ultrassonografia;
- XXXVII-** urodinâmica completa;
- XXXVIII-** radioterapia;
- XXXIX-** exames com valores acima ao valor de uma cota, não relacionados neste parágrafo.

CAPÍTULO VII DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS

Art. 33. Os beneficiários serão atendidos por profissionais ou entidades médico-hospitalares credenciados, mediante apresentação da carteira de beneficiário, acompanhada de um documento de identidade e da guia de encaminhamento, quando for o caso, devidamente autorizada pela administração da **CASSIND**, para cada caso e evento ou outra forma disciplinada pela entidade.

§1º. Em caso de internamento, é assegurado ao beneficiário, acomodação em apartamento privativo em hospitais credenciados a **CASSIND**;

§2º. Fica garantido o acesso à acomodação em nível superior, nas entidades hospitalares credenciadas, sem ônus adicional para o beneficiário, se houver indisponibilidade da acomodação prevista neste regulamento.

§3º. As guias ou autorizações para consulta, exames e tratamentos, terão a validade de 30 (trinta) dias da data da emissão.

§4º. A concessão ou não da autorização requerida deverá levar em consideração o parecer da Perícia Médica da CASSIND, bem como as carências, não cobertura de procedimentos e outros aspectos legais pertinentes.

Art. 34. Ao ser atendido, o beneficiário deverá conferir e assinar a respectiva fatura dos serviços prestados.

Art. 35. A apresentação da guia de encaminhamento ou autorização a que se refere o artigo 33 será dispensada nos seguintes casos:

- I-** até o décimo exame clínico laboratorial de análise clínica, nestes casos incluídos os de hormônio;
- II-** até 01(um) ECG (Eletrocardiograma);
- III-** até 01(um) EEG (Eletroencefalograma);
- IV-** até 02 (dois) raios-X simples;
- V-** até 02(dois) anátomos patológicos;

VI- Coloscopia e ou colpocitologia oncótica e microflora vaginal;

VII- Anuscopia;

VIII- Penioscopia;

IX- Tonometria;

Art. 36. As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, as despesas vinculadas (sala de operações, centro cirúrgico, instrumental cirúrgico, curativos, dentre outros gastos necessários), bem como os tratamentos clínicos e procedimentos especiais previstos no art. 25 deste Regulamento, deverão ser previamente autorizados pela CASSIND, mediante apresentação de relatório assinado pelo médico assistente, constando indicativo do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e expectativa de duração.

§1º. O médico assistente poderá solicitar, em tempo hábil, a prorrogação do tempo de internação por intermédio de laudo fundamentado ou relatório médico, para que se proceda à verificação e posterior autorização para o prosseguimento do tratamento.

§2º. A autorização a que se refere o parágrafo anterior dar-se-á, expressamente, na guia correspondente e cobrirá o tempo de permanência inicialmente concedido, sendo exigida para outra autorização do médico auditor, em caso de prorrogação do tratamento, a justificativa técnica do médico assistente, em relatório assinado.

§3º. O relatório a que se refere o *caput* do presente artigo, também poderá ser exigido para realização de exames complementares durante o período de internação.

§4º. Não serão acatadas solicitações para autorização de procedimentos eletivos (clínicos e/ou cirúrgicos) de pacientes que forem a óbito durante o tratamento, após 30(trinta) dias da data da ocorrência do fato, situação em que tais despesas poderão passar a ser de responsabilidade dos familiares.

§5º. A diária hospitalar compreende o aposento, alimentação do paciente e os cuidados de enfermagem, troca de roupa de banho e de cama do paciente, higienização e desinfecção das dependências, bem como os materiais descartáveis de uso do paciente. A composição da diária ora prevista é meramente referencial e poderá ser alterada, independente de prévio aviso ou alteração deste dispositivo, mediante negociação com a rede hospitalar credenciada.

§6º. A acomodação em leitos de alta tecnologia (Unidade de Terapia Intensiva e Unidade Semi-Intensiva) poderá ocorrer em Box individual ou em instalações coletivas, a depender das disponibilidades do serviço credenciado.

§7º. Quando o paciente estiver sob cuidados do médico responsável pela internação, a CASSIND não responderá pelos honorários de outro médico assistente designado por familiares por conveniência dos mesmos.

§8º. Correrão por conta do Beneficiário ou seu responsável legal, as importâncias correspondentes às despesas não cobertas pelo contrato de prestação de serviços de saúde, tais como:

I- despesas estranhas ao tratamento médico, inclusive as efetuadas por visitantes;

II- despesas com diárias de apartamento de retaguarda, quando o paciente for internado em unidade de tratamento intensivo;

III- despesas com internações para exames e/ou procedimentos que poderiam ter sido realizados em nível ambulatorial, segundo parecer da auditoria médica da CASSIND;

IV- despesas resultantes de internações com médicos não conveniados, em hospitais credenciados, quando a auditoria médica da CASSIND constatar excessos no tempo de internação sem justificativa clínica;

V- despesas decorrentes da permanência do paciente no hospital após a alta médica.

Art. 37. As solicitações de autorização de internações eletivas, sobretudo as com finalidade terapêutico-cirúrgica, deverão ser analisadas previamente pelo setor de perícia médica da **CASSIND**, a quem caberá emissão de parecer técnico.

§1º. A autorização de internamento e expedição de guia médica correspondente será concedida de acordo com a avaliação e parecer técnico do médico perito da **CASSIND**.

§2º. A perícia médica da **CASSIND** poderá solicitar ao beneficiário a realização de consulta ao seu médico assistente, com vistas ao levantamento de maiores subsídios técnicos, acerca da indicação para os procedimentos propostos.

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

§4º. Havendo divergência entre o parecer emitido pelo perito médico DA CASSIND e a indicação do tratamento proposto pelo médico assistente, é assegurada ao Beneficiário a formação de junta médica nos moldes estabelecidos pela Resolução do CONSU nº 08, ou norma que venha a substituí-la.

§5º. As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas a **CASSIND** no primeiro dia útil subsequente à data da internação, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração do médico assistente para que seja emitida a guia correspondente, sob pena da não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

§6º. O associado, o beneficiário especial ou o remanescente responderá, integralmente, pelo ônus decorrente de contratação direta, realizada por si ou por seus dependentes, de honorários médicos e de outros serviços, quando:

I- omitir a sua condição de inscrito na **CASSIND**;

II- utilizar-se de prestadores ou profissionais não credenciados, em localidade onde houver entidade credenciada que preste o serviço especializado necessário, exceto nas situações de urgência e emergência, desde que comprove a impossibilidade de utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CASSIND.

§7º. Para a utilização em procedimentos eletivos que implicarem na utilização de equipamentos, órtese, prótese e material especial caracterizado como inovação tecnológica comprovada cientificamente, a autorização deverá ser solicitada com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis;

CAPÍTULO VIII DAS PARTICIPAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Art. 38. A efetiva utilização dos serviços assistenciais assegurados pelo PLANO FISCO I implicará a participação financeira dos beneficiários, na seguinte forma:

I- consultas e exames em caráter eletivo ou de urgência e emergência: o beneficiário deverá assumir a participação nos custos por consulta e/ou exame realizado, nos seguintes percentuais:

a) consultas eletivas: 01 (uma) a 06 (seis) – coparticipação de 30% (trinta por cento) de cada consulta realizada, de 07 (sete) a 11 (onze) – coparticipação de 40% (quarenta por cento) de cada consulta realizada, acima de 11 (onze) - coparticipação de 50% (cinquenta por cento) de cada consulta realizada;

b) consultas de urgência: 01(uma) a 06 (seis) – coparticipação de 30% (trinta por cento) de cada consulta realizada, de 07 (sete) a 11 (onze) – coparticipação de 40% (quarenta por cento) de cada consulta realizada, acima de 11 (onze) – coparticipação de 50% (cinquenta por cento) de cada consulta realizada;

c) exames eletivos: 01(um) a 18 (dezoito) – coparticipação de 30% (trinta por cento) de cada exame realizado, de 19 (dezenove) a 30 (trinta) – coparticipação de 40% (quarenta por cento) de cada exame realizado, acima de 30 (trinta) – coparticipação de 50% (cinquenta por cento) de cada exame realizado;

d) exames realizados em atendimentos de urgência -: 01(uma) a 18 (dezoito) – coparticipação de 30% (trinta por cento) de cada exame realizado, de 19 (dezenove) a 30 (trinta) – coparticipação de 40% (quarenta por cento) de cada exame realizado, acima de 30 (trinta) – coparticipação de 50% (cinquenta por cento) de cada exame realizado;

II- serviços de apoio diagnóstico e terapia - SADT e procedimentos especiais, previstos no **§5º do artigo 32**: participação de 30% (trinta por cento) a 50% (cinquenta por cento) dos custos, por serviço ou procedimento utilizado conforme contagem anual dos serviços realizados;

III- fisioterapia, psicomotricidade, escleroterapia, acupuntura, psicoterapia, psicologia, psiquiatria e fonoaudiologia, laser terapia, yag laser, fotocoagulação, participação de 30% (trinta por cento) dos custos, por sessão realizada;

IV– Outros serviços cobertos previstos neste Regulamento e/ou aprovados em Assembléia, com rotinas definidas em Resolução de Diretoria, participação de 30% (trinta por cento).

§1º. Os beneficiários de doenças crônicas poderão gozar de isenção de coparticipação, conforme Resolução de Diretoria.

§2º. A contagem dos serviços previstos nos incisos I e II será por ano e por usuário.

§3º. Não será devida a coparticipação quando a assistência for prestada em regime de internação hospitalar, ressalvada a hipótese prevista na área de psiquiatria, conforme regulamentação específica.

§4º. Nas coberturas decorrentes de transtornos psiquiátricos de acordo com o rol da ANS, em relação às despesas decorrentes dos dias que excederem a quantidade máxima fixada como de cobertura obrigatória e gratuita, o valor da coparticipação será escalonado conforme Resolução de Diretoria;

§5º. Poderá haver cobrança de coparticipação pela cobertura extraordinária de procedimentos em razão de diferença de tabela padrão adotada pelo plano e a praticada pelo prestador de serviço não credenciado ou não referenciado (atendimento através de convênio de reciprocidade), e em caso de coberturas excepcionais disciplinadas em resolução de diretoria. Nesses casos o montante será acrescido ao boleto mensal da cota e será passível de parcelamento dentro dos critérios definidos em resolução específica.

CAPÍTULO IX DAS COBERTURAS NÃO ASSEGURADAS

Art. 39. Não será assegurada pela **CASSIND** a cobertura dos seguintes serviços e procedimentos:

I- atendimento médico ou qualquer tipo de assistência à saúde em domicílio, (seja sob a forma de Home Care, serviço semelhante ou afim);

II- enfermagem de caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

III- transplantes de órgãos, exceto os previstos no inciso IV do § 1º do art. 25;

IV- aparelhos, materiais, órteses ou próteses com finalidade estética, bem como tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com tal finalidade ou para tratamento de alterações somáticas;

V- órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico;

VI- tratamento experimental;

VII- inseminação artificial, ou qualquer modalidade de tratamento para reprodução assistida, tais como a *fertilização in vitro* e outras técnicas ou métodos destinados ao mesmo objetivo;

VIII- exame de DNA para comprovação de teste de paternidade ou maternidade;

IX- despesas de acompanhantes, exceto diárias e refeições em internação hospitalar;

X- os extraordinários de contas hospitalares (telefonemas, lavagem de roupa, objetos destruídos ou danificados, refrigerantes, despesas de caráter pessoal ou particular), tanto do paciente quanto de seus acompanhantes;

XI- tratamento estético clínico, cirúrgico, endocrinológico, duchas, massagens, saunas e outras atividades com finalidades estéticas;

XII- medicamentos e aplicações de vacinas, exceto:

a) Aqueles administrados durante o período de internação hospitalar ou nos casos de urgência e emergência;

b) E os de cobertura previstos neste regulamento.

XIII- sessões, entrevistas, consultas ou tratamentos de psicoterapia de grupo, testes psicotécnicos, salvo os previstos como de cobertura básica obrigatória em normas editadas pela ANS;

XIV- assistência odontológica, prótese dentária e ortodontia e procedimentos odontológicos exceto cirurgia buco-maxilo-facial realizada em ambiente hospitalar observadas as normas fixadas pela ANS e as previstas neste Regulamento;

XV- cirurgias de microimplantes para reversão de casos de vasectomia e de laqueadura tubária;

XVI- lentes e óculos, aparelhos auditivos e botas ortopédicas.

XVII- remoção, por via aérea ou fora dos casos expressamente previstos neste Regulamento;

XVIII - estadia em estâncias hidrominerais, hotéis, pensão, SPA, clínicas de emagrecimento e afins, clínicas para acolhimento de idosos, clínicas e casas de repouso e similares;

XVIX- despesa decorrente da permanência do paciente em unidade hospitalar após a alta médica;

XX- vacina e medicamento quimioterápico complementar ao tratamento, fornecido pelo sistema público de saúde, exceto as de cobertura prevista neste regulamento e/ou em Resolução de Diretoria ou da ANS;

XXI– cobertura hospitalar, inclusive honorários médicos para quaisquer procedimentos, sem cobertura prevista neste Regulamento e/ou no Rol da ANS, respeitadas as diretrizes de utilização e os critérios e protocolos técnicos para diagnóstico e indicação;

XXII– tratamentos e exames sem solicitação médica;

XXIII- medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

XXIV- fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja Eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

XXV – procedimentos ou eventos não previstos no Rol de coberturas básicas editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

TÍTULO IV DO CUSTEIO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL

CAPÍTULO X DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS, CRITÉRIOS DE REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO

Art. 40. As contribuições financeiras atribuídas aos beneficiários da **CASSIND**, relativas aos serviços oferecidos pelo PLANO FISCO I, serão exigíveis mediante sistema de rateio mensal de despesas, na proporção das respectivas cotas.

§1º. O PLANO FISCO I funciona em regime de PÓS-PAGAMENTO, com sistema de RATEIO, ou seja, quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, sendo o valor total das despesas assistenciais mais despesas complementares divididos pela quantidade de cotas a que faz jus ao total de beneficiários do plano, conforme vínculo e idade - de acordo com RN 63/2003 da ANS, independentemente da utilização **da cobertura e de sua data de adesão**, ou seja, não haverá distinção quando o valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este, já vinculados.

§2º. A atribuição de cotas, bem assim os critérios, fórmulas e formas de reajuste serão estabelecidas, considerando as respectivas classes de beneficiários, conforme previsto na pertinente **Resolução de Diretoria**, fundamentada em estudo técnico atuarial;

§3º. A **CASSIND** divulgará através de seu site www.cassind.com.br, demonstrativo mensal no qual constará o valor total das despesas, a quantidade de cotas considerada no rateio e o valor unitário da cota.

§4º. A **CASSIND** divulgará anualmente, através de seu site www.cassind.com.br, a relação nominal dos beneficiários, com a quantidade das respectivas cotas.

Art. 41. As contribuições prestadas pelos beneficiários poderão sofrer a qualquer momento variações a depender dos seguintes fatores:

I- Impactação de custos, advindos de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para a execução dos serviços cobertos por este Regulamento, conforme determinações do órgão regulador ANS;

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

III- avanços tecnológicos do setor;

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

V- aumento da sinistralidade ou da utilização dos serviços;

VI- mudança de faixa etária.

§1º. A apuração de aumento poderá ocorrer com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Programa de Saúde, observado, para tanto, os pertinentes estudos econômico-financeiros.

§2º. O regime de contribuição do beneficiário poderá ser modificado por proposta da Diretoria, fundamentado em estudo técnico atuarial, com a aprovação do Conselho Administrativo e da Assembléia Geral de Associados convocada para este fim.

Art. 42. O recebimento do valor das contribuições será realizado, a critério da administração da **CASSIND**, mediante:

I- boleto bancário;

II- débito em conta corrente;

III- cartão de crédito (contratado pela entidade);

IV- outras formas determinadas pela **CASSIND**.

§1º. A liquidação de outros débitos de responsabilidade dos beneficiários, também será realizada consoante uma das formas especificadas nos incisos I a IV do presente artigo.

§2º. Em caso de eventual impugnação decorrente dos valores cobrados, deverá o beneficiário apresentar manifestação por escrito à **CASSIND**, dentro de 15 (quinze) dias contados da data de recebimento da cobrança.

§3º. O beneficiário Titular, beneficiário especial e/ou remanescente em quaisquer circunstâncias, inclusive por utilização indevida, é responsável direto pelas obrigações financeiras dos dependentes e agregados familiares.

§4º. O não pagamento no prazo de vencimento determinará a atualização do valor do débito, de acordo com o índice oficial da inflação ou outro índice oficial e de multa de até 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, podendo a Diretoria alterar este percentual em resolução.

§5º. Para efeito de acordo ou parcelamento de débitos remanescentes, após a aplicação do previsto no parágrafo anterior, aplicar-se-á o percentual de 1,3% (um inteiro e três décimos por cento) ao mês, *pro rata dia*, conforme Resolução da Diretoria.

CAPITULO XI DOS PATROCÍNIOS

Seção I Do Patrocínio do Sindifisco

Art. 43. O atual plano de custeio e contribuição, pertinente ao equilíbrio econômico-financeiro da CASSIND é mantido com o Patrocínio mensal do SINDIFISCO, correspondente ao percentual de 1,3% (um inteiro e três décimos por cento) incidente sobre a contribuição sindical, mensalmente efetuada pelos auditores ativos e inativos ao Fisco Estadual.

Seção II Do Patrocínio das Entidades Conveniadas

Art. 44. As Entidades conveniadas em regime de multipatrocínio contribuirão para o equilíbrio econômico-financeiro da CASSIND, mediante repasse mensal no valor equivalente a R\$1,00 por adesão.

Parágrafo Único. O valor da contribuição poderá ser revisto sempre que a reavaliação atuarial recomendar, mediante a apresentação, pela CASSIND, das planilhas demonstrativas dos custos assistenciais, observados critérios técnicos definidos para reajuste das contribuições dos beneficiários.

TÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 45. A aceitação da inscrição de beneficiários dar-se-á em prazo não superior a 10 (dez) dias, contados da devolução da documentação entregue para efeito de adesão, devidamente respondida, bem assim da documentação adicional, eventualmente solicitada pela administração da **CASSIND**.

Art. 46. A critério da CASSIND o prazo mencionado no artigo anterior poderá ser prorrogado caso seja necessária à realização de exames clínicos ou perícias, assim como a comprovação da titularidade ou vínculo de parentesco com os respectivos beneficiários.

Art. 47. Na hipótese de haver representação contra o beneficiário, por parte de profissional ou instituição credenciada, pela prática de atitudes hostis ou qualquer ato

considerado ilícito, a **CASSIND** terá competência para apurar e tomar as providências cabíveis à resolução do fato, assegurados o amplo direito de defesa e do contraditório.

§1º. Quando estas atitudes hostis ou qualquer ato considerado ilícito partirem dos beneficiários do plano contra os profissionais, diretores, conselheiros e prepostos designados ou contratados pela **CASSIND** serão tomadas às mesmas providências citadas no *caput* deste artigo;

§2º. A ratificação de tal prática deverá ser notificada formalmente, e a sua reincidência, poderá ensejar em exclusão do plano;

Art. 48. O beneficiário que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida pelo **PLANO FISCO I**, deverá manifestar-se formalmente perante a Diretoria da **CASSIND**, devendo aguardar resposta à solicitação realizada, em prazo não superior a 30 (trinta) dias.

§1º. O prazo a que se refere o *caput* deste artigo poderá ser ampliado, na hipótese de coleta de documentos ou informações essenciais à solução do pleito em exame.

§2º. Da decisão de Diretoria, caberá recurso ao Conselho Administrativo no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da ciência do interessado, no âmbito das respectivas competências, devendo o colegiado manifestar-se em prazo não superior a 30 (trinta) dias úteis.

Art. 49. Os valores correspondentes às contribuições e demais obrigações financeiras de responsabilidade dos beneficiários admite a natureza de dívida líquida, certa e exigível, inclusive por Processo Judicial.

Art. 50. A área geográfica de cobertura do **PLANO FISCO I** restringe-se ao território do Estado de Sergipe.

§1º. A **CASSIND** poderá firmar convênios de reciprocidade com entidades congêneres para atendimento excepcional em outras localidades, não podendo este mecanismo de atenção ser considerado como extensão da área geográfica de cobertura.

§2º. Nos casos de urgência e emergência, a área geográfica de cobertura assistencial estender-se-á a todo território nacional, hipótese em que a cobertura assistencial será assegurada atendimento através do convênio de reciprocidade ou sob a forma de reembolso de despesas, observando-se os valores constantes das tabelas adotadas pela **CASSIND**, assim como as previsões estabelecidas em Resolução de Diretoria.

Art. 51. A **CASSIND** expedirá normas complementares, mediante Resoluções de Diretoria, necessárias a normatização das disposições previstas neste Regulamento, ao bom desempenho da assistência prestada e à solução dos casos omissos.

Art. 52. Revoga-se o Regulamento Geral de Benefícios Médico-hospitalares, aprovado em 16 de dezembro de 2013, bem assim outras disposições contrárias.

Art. 53. A alteração promovida no presente Regulamento Assistencial, presentes e futuras, incidirão de forma imediata e indistinta sobre todos os Beneficiários do **PLANO**

FISCO I, a partir da data em que forem comunicadas à respectiva Entidade Patrocinadora, a quem competirá informar diretamente aos seus respectivos associados, independentemente das medidas de publicidade ostensiva que a CASSIND venha a adotar.

Art. 54. Fica eleito o foro da Comarca de Aracaju - Sergipe, como o único competente para conhecer, processar e julgar quaisquer questões decorrentes do presente Regulamento, com prévia e expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Aracaju, 13 de outubro de 2014.

Nada mais havendo a discutir, eu na qualidade de secretária lavro o presente que depois de lido, vai assinado por mim e demais membros.

Secretária

Presidente

Presidente do Conselho Administrativo

Membro do Conselho Administrativo

Membro do Conselho Administrativo

GLOSSÁRIO

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 pré-existente declarada.

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

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui dos serviços pactuados em contrato ou regulamento.

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

CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, 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 nas despesas assistenciais 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 no contrato. No plano individual, titulares e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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 PRÉ-EXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

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

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de morte ou 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.

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo 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.

TITULAR: considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos ou sindicais com a pessoa jurídica contratante do plano.