

SUMÁRIO

TÍTULO I	3
DAS DEFINIÇÕES E DA QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL	3
CAPÍTULO I	3
DA NATUREZA, DENOMINAÇÃO E OBJETIVOS	3
CAPÍTULO II	4
DOS BENEFICIÁRIOS E DA INSCRIÇÃO	4
Seção I Dos beneficiários.....	4
Seção II.....	6
Da Inscrição.....	6
CAPÍTULO III	8
DOS DIREITOS, DEVERES E PENALIDADES APLICÁVEIS AOS BENEFICIÁRIOS - DA EXCLUSÃO E DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS E COBERTURAS ASSISTENCIAIS	8
Seção I	8
Dos Direitos.....	8
Seção II	9
Dos Deveres	9
Seção III	10
Da Suspensão	10
TÍTULO II	15
DOS SERVIÇOS ASSEGURADOS	15
CAPÍTULO IV	15
DA REDE ASSISTENCIAL	15
Seção I	15
Da Rede Credenciada, Referenciada e Convênio de Reciprocidade	15
Seção II	17
Rede Terceirizada.....	17
DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS ASSEGURADAS	18
Seção I	18
Do Atendimento Ambulatorial	18
Seção II.....	21
Do Atendimento Hospitalar	21
Seção III	26
Das Urgências e Emergências.....	26
Seção IV	28
Da Cobertura Obstétrica e do Recém-Nascido.....	28
Seção V.....	28
Da Remoção	28

PLANO FISCO I	28
Seção VI	31
Do Reembolso de Despesas.....	31
DAS RESTRIÇÕES E DOS LIMITES E MECANISMOS DE REGULAÇÃO	34
PARA A UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS ASSEGURADOS	34
CAPÍTULO VI	34
DAS CARÊNCIAS	34
CAPÍTULO VII	36
DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS E DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS	36
Seção I - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS	36
Seção II - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS	38
CAPÍTULO VIII	40
DAS PARTICIPAÇÕES DO BENEFICIÁRIO	40
CAPÍTULO IX	42
DAS COBERTURAS NÃO ASSEGURADAS	42
TÍTULO IV	46
DO CUSTEIO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL	46
CAPÍTULO X	46
DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS, CRITÉRIOS DE REAJUSTES E FORMA DE PAGAMENTO	46
CAPÍTULO XI	48
DOS PATROCÍNIOS	48
Seção I.....	48
Do Patrocínio do Sindifisco	48
TÍTULO V	48
CAPÍTULO XII	48
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	49

Aos vinte e seis dias do mês de junho do ano de dois mil e dezenove, às quinze horas em reunião conjunta da Diretoria Executiva com o conselho Administrativo da Caixa de Assistência do Sindifisco – CASSIND, em conformidade com o disposto no art. 23, I e art. 29, incisos I e 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, que atua como Operadora de PLANO de Saúde, sob a modalidade de Autogestão, sem finalidade lucrativa, mantida com recursos oriundos de contribuições de seus beneficiário pelo rateio de custos e patrocínio (s) de entidades patrocinadoras, possuindo registro de autorização de funcionamento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº. 413518, têm como objetivo a assistência à saúde de seus Beneficiários, dependentes e agregados familiares, regularmente inscritos no Programa de Assistência à Saúde, denominado **PLANO FISCO I**, classificado como coletivo por adesão, na forma de cobertura de despesas com serviços médicos e hospitalares – de natureza clínica, cirúrgica e obstétrica, exames complementares, serviços auxiliares de diagnose e terapia, tratamentos especializados e procedimentos especiais, estando a cobertura condicionada ao atendimento das regras, critérios e condições de admissão, acesso, custeio e permanência, previstas neste Regulamento.

§1º. O patrocínio previsto no caput do presente artigo, quanto ao Patrocinador **SINDIFISCO**, consiste na disponibilização da estrutura administrativa e no repasse de percentual da arrecadação mensal das contribuições dos filiados. A participação de outro (s) Patrocinador (es), limitados a legislação específica e aprovada em assembleia, consistirá no repasse financeiro de valores destinados ao custeio geral da Entidade.

§2º. Os serviços previstos no caput do presente artigo serão assegurados aos Beneficiários, dependentes e agregados familiares, inscritos no **PLANO FISCO I**, por tempo indeterminado, desde que se mantenham em situação de regularidade financeira e documental perante a **CASSIND**, preservando as condições de elegibilidade e permanência definidas neste regulamento.

Art. 2º. O **PLANO FISCO I** tem como área de abrangência o Estado de Sergipe e funciona sob o regime de pagamento pós-estabelecido, com sistema de rateio de despesas, garantindo o custeio dos eventos assistenciais previstos no rol de

coberturas editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com suas diretrizes e protocolos de utilização.

Parágrafo Único – Os serviços com cobertura assegurada, serão ordinariamente realizados através de prestadores credenciados ou referenciados, integrantes da rede assistencial do **PLANO FISCO I**, podendo a realização ser direcionada para os recursos assistenciais próprios da **CASSIND**, quando implantados pela Entidade. Em caráter extraordinário os serviços também poderão ser disponibilizados 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, também denominados Associado Titular, 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 associado ou especial 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. Denominam-se Dependentes ou Agregados, aqueles que mantenham vínculo de parentesco com os Beneficiários Associados, Especial ou Remanescente, elegíveis ao **PLANO FISCO I**, indicados nos arts. 7º. e 8º. deste Regulamento, observadas as 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 que, na condição de patrocinadoras, vierem a aderir aos programas assistenciais ou plano de saúde disponibilizados pela

CASSIND, conforme dispuserem o Estatuto Social, o presente Regulamento Assistencial e o Instrumento de Convênio a ser firmado dentro dos limites previstos pelo órgão regulador.

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 do Beneficiários Associados e dos Beneficiários Especiais já inscritos **no Plano**, quando do falecimento do Beneficiário Titular Associado ou Especial, a que estejam vinculados e seus respectivos dependentes e/ou agregados, desde que elegíveis nos termos da legislação vigente, conforme dispuser o Regulamento Assistencial e/ou Convênio firmado.

Subseção IV Dos Beneficiários Usuários

Art. 6º. Serão considerados Usuários, os Beneficiários integrantes de outras operadoras de **PLANO** de saúde cadastrados junto à **CASSIND** mediante convênio de reciprocidade ou instrumento semelhante para obter atendimento na sua 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)** cônjuge - equipara-se à condição de cônjuge a convivente/companheira ou convivente/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 25 (vinte e cinco) anos, desde que apresente declaração de instituição de ensino reconhecida pelo MEC, que comprove matrícula em curso de graduação ou afins, como sendo, tecnólogo com reconhecimento de equivalência do MEC de nível superior, pós-graduação, mestrado ou doutorado, nos meses de fevereiro e agosto de cada ano;

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, sobrinhos,
- d) os cunhados (as);
- e) os genros e noras;
- f) sobrinhos, netos e primos;

Art. 9º. A exclusão do Beneficiário Titular cancelará a inscrição dos respectivos dependentes, exceto quando decorra de falecimento do Titular;

§Único – Em caso de falecimento do Titular, um dos dependentes ou agregados, já inscrito no plano, civilmente capaz, deverá assumir a posição de Titular financeiro ou Beneficiário Remanescente, mediante comprovação de renda. Não sendo cumpridas essas condições, o vínculo será cancelado.

Seção II Da Inscrição

Art. 10. A inscrição no **PLANO FISCO I** é privativa aos associados do SINDIFISCO e associados/filiados as entidades patrocinadoras, 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 e normatização específica do órgão regulador.

§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- Cobertura Parcial Temporária, previstos neste instrumento, bem como os critérios de elegibilidade definidos neste Regulamento em consonância com a legislação vigente.

§2º. É assegurada a inscrição do 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

§3º. 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.

§4º. Aos Beneficiários Remanescentes somente será permitida a inscrição de beneficiários dependentes relacionados no art. 7º, deste Regulamento.

§5º. A inscrição de convivente/companheiro (a) ou esposo (a) implica, necessariamente, na exclusão do (a) ex-esposo (a) ou ex-convivente/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 o direito de garantia assistencial, econômica ou de outra ordem.

§6º. A filiação ao **PLANO FISCO I** deverá ocorrer mediante assinatura de Proposta de Inscrição e disponibilidade da 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;
- IV- carta de orientação ao beneficiário em caso de estabelecimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT)
- V- manual de orientação para contratação do plano;
- VI- orientações, login e senha para acesso ao Portal **do PLANO FISCO I**;
- VII- preenchimento de declaração de saúde, onde deverá indicar o conhecimento de doenças e lesões pré-existentes, conforme Resolução específica da ANS.
- VIII - carteiras de identificação de beneficiário, de acordo com as especificações do órgão regulador;
- VIX- pagamento de taxa de adesão, conforme resolução específica, a qual poderá ser isentada em períodos promocionais e/ou casos previamente definidos;

§7º. Quando o beneficiário remanescente for o cônjuge supérstite, a esse é garantida apenas a inclusão dos dependentes previstas nas alíneas b, c, e d do artigo 7º.

§8º. As inscrições de beneficiários, titulares, dependentes ou agregados, originariamente vinculados às entidades patrocinadoras ou signatárias de Convênio de Reciprocidade e de Multipatrocínio serão feitas mediante prévio requerimento ou autorização destas, sempre por escrito, observadas as regras operacionais e limitações fixadas pela **CASSIND**.

Art. 11. A reinscrição no **PLANO FISCO I**, seja como titular, dependente ou beneficiário agregado, está sujeita a observância das condições abaixo:

I – cumprimento dos critérios de elegibilidade e demais disposições do presente Regulamento e Resoluções de Diretoria, inclusive com possibilidade de cumprimento de prazos de carência;

II- inexistência de débito em nome do responsável financeiro ou de qualquer dos elegíveis ao plano;

III- pagamento da taxa de adesão, quando devida.

§1º Fica dispensado do pagamento da taxa de adesão, o reingresso de beneficiário, cuja causa da exclusão **PLANO FISCO I** tenha ocorrido em consequência da comprovada adesão a outro plano de saúde custeado por seu empregador.

§2º A isenção da taxa deverá ser requerida juntamente com o pedido de readmissão ao **PLANO FISCO I**, em até 30 (trinta) dias contados da data da perda da qualidade de beneficiário do plano empresarial ao qual o requerente estava vinculado.

§3º Não poderão ser readmitidos beneficiários cuja exclusão do **PLANO Fisco I** tenha sido motivada por:

I - fraude, simulação ou omissão de qualquer natureza;

II – embaraço à apuração de fatos, ou à coleta de provas destinadas à defesa dos interesses da **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. 12. Constituem direitos dos Beneficiários:

I- utilizar para si e para seus dependentes inscritos no Plano os serviços oferecidos e as coberturas assistenciais disponibilizadas pelo **PLANO FISCO I**, 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, no tocante a autorização de coberturas assistenciais, previstas no inciso I desse artigo, estão condicionados ao cumprimento das obrigações financeiras e exibição de documentos indispensáveis a solicitação apresentada 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, ou seja, o Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em vigência e suas atualizações, assim como nas cláusulas e condições deste Regulamento.

§3º. Não será conferido ao Beneficiário, Associado, Especial, Remanescente ou Usuário, nem a qualquer de seus dependentes ou agregados familiares, direitos de qualquer outra natureza, inclusive em relação às reservas, fundos, créditos ou qualquer bem ou direito e demais componentes do patrimônio da **CASSIND**.

Seção II Dos Deveres

Art. 13. Constituem deveres dos Beneficiários, dentre outros previstos ao longo deste instrumento regulatório:

- I- zelar pelo 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, exibindo-os sempre que solicitado;
- V- devolver à **CASSIND**, no caso de exclusão dos programas assistenciais ou qualquer situação de cancelamento do vínculo com a Entidade Patrocinadora ou com o **PLANO FISCO I**, os respectivos documentos de identificação;
- VI- comunicar de imediato qualquer alteração de seus dados cadastrais ou de seus dependentes e agregados, assim como outras ocorrências que determinem a perda da condição de dependente ou de beneficiário agregado;
- VII- comunicar toda e qualquer irregularidade advinda da prestação de serviços pelos prestadores credenciados ou referenciados, inclusive para elucidação de fatos que possam contribuir para defesa dos interesses da **CASSIND**;
- VIII- conferir e assinar guias e documentos emitidos pela utilização dos serviços assistenciais disponibilizados, confirmando que correspondem ao que foi solicitado pelo médico assistente e que foram devidamente prestados;
- IX- encaminhar para a **CASSIND** os documentos necessários para a atualização de dados cadastrais dos inscritos no **PLANO FISCO I**;
- X- fornecer as informações ou documentos necessários para a autorização dos serviços cobertos pelo plano, ou para atender exigências de ordem administrativa, ou exigidas pelo órgão regulador;

Art. 14. Os beneficiários serão identificados por meio de Cartões de Identificação disponibilizados pela **CASSIND**, cuja exibição será obrigatória, juntamente com um

documento legal de identificação com foto, sempre que os serviços assistenciais forem solicitados.

Art. 15. Em caso de utilização indevida dos serviços disponibilizados pelo Plano, seja através do empréstimo de carteiras do plano, simulação de evento assistencial, utilização após a exclusão, entre outros, os custos decorrentes dessa conduta serão exigíveis, de forma solidária a todos os integrantes do grupo familiar do beneficiário que tenha cometido, facilitado ou permitido a prática da infração ou irregularidade.

§1º. A solidariedade prevista no caput do presente artigo, se estende à Entidade Patrocinadora e participante de Convênio de Reciprocidade a qual o Beneficiário infrator esteja vinculado, nos termos do Convênio de Patrocínio ou Convênio de Reciprocidade firmado.

§2º. Após apuração dos fatos se confirmada a fraude, os envolvidos na infração poderão ser excluídos do **PLANO FISCO I**, sendo a esse vedado o direito de uso.

Seção III Da Suspensão

Art. 16. O atraso no pagamento de contribuição ou obrigação financeira de responsabilidade do beneficiário, por prazo superior a 30 (trinta) dias, implicará na suspensão dos serviços médico-hospitalares, mediante prévia notificação.

§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.

§3º. Será facultado ao beneficiário o pedido de suspensão da condição de beneficiário do **PLANO FISCO I**, por um período de até 24 (vinte e quatro meses), a cada 36 meses de contrato, desde que o Titular permaneça no plano, ainda que na qualidade de responsável financeiro e mediante comprovação das seguintes situações:

- a) Mudança para outro país por motivo de estudo;
- b) Afastamento por licença do cargo público para resolver assuntos particulares;
- c) Afastamento para acompanhar tratamento de saúde de familiares fora do estado;

Seção IV

Da Exclusão Dos Beneficiários

Art. 17. 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, por meio de atendimento telefônico, desde que envie manifestação também através de e-mail confirmando o pedido, por meio da página da operadora na internet e por e-mail, em todos os casos deverá haver número de protocolo que comprove o pedido, conforme regulamentação específica. Se está se der até o dia 20 (vinte) do mês corrente, as cotas do excluído não serão consideradas para o rateio em curso;

III- por fraude, simulação, por práticas que resultem na obtenção de quaisquer vantagens indevidas, para si ou para terceiros, causadoras ou não de lesões dos direitos da **CASSIND**, ou ainda por facilitar, permitir ou ocultar práticas irregulares de que tenha conhecimento;

IV- omissão, obstrução à apuração de fatos, ou análise de procedimentos ou ainda por embaraço à 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 consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato;

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

VII- a pedido da Entidade Patrocinadora a que o Beneficiário seja vinculado;

VIII- caso deixem de existir ou apresentar os requisitos de elegibilidade para adesão ao **PLANO FISCO I**;

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

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

§1º. A resolução, rescisão ou dissolução do convênio de Multipatrocinio ou de Reciprocidade implicará exclusão dos respectivos beneficiários, com imediata suspensão das coberturas assistenciais, salvo previsão diversa constante do respectivo instrumento de Convênio, 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 Assembleia 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. A exclusão não implicará direito indenizatório de qualquer natureza.

§5º. A exclusão de beneficiários não isenta os mesmos e os seus respectivos 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 nome do inadimplente em cadastros dos órgãos 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 X do *caput* do presente artigo implicará na exclusão automática dos respectivos dependentes e agregados familiares.

§8º. A exclusão justificada pela prática prevista no inciso III, do *caput* do presente artigo implicará na obrigação de pagar integralmente as despesas a que tiver dado causa, inclusive com acréscimos cabíveis;

§9º. Em caso de exclusão voluntária ou não de qualquer beneficiário do **PLANO Fisco I**, cabe ao Titular a responsabilidade pela devolução das carteiras de identificação do plano e do Convênio de Reciprocidade ou assinar declaração de exclusão sem devolução de carteira, com assunção integral da responsabilidade em caso de uso indevido.

§10. A exclusão prevista no inciso I, do *caput* do presente artigo, fica condicionada a comunicação do fato por escrito através do titular ou beneficiário dependente ou agregado familiar, exceto nos casos em que não existam outros beneficiários no plano, neste caso a exclusão ocorrerá mediante informação comprovada pela certidão de óbito, apresentada por terceiros.

§11. Qualquer que seja o motivo da exclusão, as contribuições decorrentes do rateio das despesas serão devidas até a data do desligamento do plano, já os valores devidos decorrentes de utilização, a exemplo da coparticipação, poderão resultar em cobrança nos meses futuros, pois ficam condicionadas à apresentação da fatura pelo prestador de serviços.

§12. O pagamento de créditos em favor do titular falecido, será efetuado ao espólio, exceto se constar, junto ao plano, solicitação de reembolso com autorização de pagamento ao cônjuge sobrevivente e esta for apresentada ao plano em até 30 dias da data do óbito;

Art. 18. Em caso de falecimento do beneficiário Titular Associado, Associado Especial, indicados nos artigos 3º e 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 específicas 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, e se inscrição nova, 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 vencidas ou vincendas previstas neste Regulamento e vinculadas ao beneficiário falecido, a seus dependentes e agregados.

§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 beneficiário remanescente ficará responsável pelo pagamento do valor integral das dívidas remanescentes e cotas vencidas e vincendas, inclusive após o óbito, e coparticipação/ franquias decorrentes da comprovada utilização dos serviços, com a devida atualização do valor do débito, cujo vencimento poderá ser postergado para a data do primeiro pagamento da respectiva pensão, mediante requerimento fundamentado por parte do beneficiário remanescente.

§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 das condições e documentos quanto a tal situação termo de responsabilidade financeira junto ao plano.

§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 tenha cumprido na condição anterior.

§5º. Em caso de falecimento do cônjuge viúvo, os beneficiários, inclusive os dependentes menores ou absolutamente incapazes poderão permanecer no plano, se incluídos em data anterior a ocorrência do óbito, observados os critérios de elegibilidade ao plano e 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, devidamente assinado;
- II- Apresentação do certificado de tutela ou curatela.

§6º. Em caso de falecimento do Titular, associado indicado no §1º do art. 3º deste Regulamento ou especial conforme artigo 4º, 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 Associado Especial e Beneficiário remanescentes indicados no §1º do art. 3º e artigos 4º e 5º deste Regulamento, quando estes deixarem 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 relativas aos dependentes inscritos, desde que manifeste, formalmente, essa pretensão em até 30 (trinta) dias contados da data do óbito.

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

§9º. Os dependentes ou agregados vinculados ao falecido, que já possuam maioria civil, mediante comprovação de renda, serão considerados e individualmente tratados como Beneficiários Remanescentes, permitindo-se a inclusão de dependentes (cônjuge e filhos), desde que elegíveis ao plano nos termos da legislação vigente, definidas a partir da linha de parentesco com o 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. 19. Salvo manifestação em contrário por parte do (a) respectivo Beneficiário (a) Titular Associado, Especial 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, o mesmo será automaticamente transferido para a condição de beneficiário agregado, alterando sua quantidade de cota de acordo com a tabela de faixa etária vigente, 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 25 anos, observado o disposto na alínea “d” do artigo 7º.

Art. 20. O Beneficiário Titular, Associado, Especial ou Beneficiário Remanescente, também serão responsáveis 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, Referenciada e Convênio de Reciprocidade

Art. 21. A **CASSIND** disponibilizará aos seus beneficiários os serviços previstos neste Regulamento através de serviços próprios, rede credenciada, profissionais autônomos, clínicas, ambulatórios, laboratórios e hospitais devidamente contratados, e/ou através de serviços referenciados constantes no guia médico, disponíveis no portal da entidade;

§1º. A contratação, alteração e rescisão de contratos para prestação de serviços, inclusive de assistência à saúde é de competência exclusiva da Diretoria Executiva da **CASSIND**;

§2º. A **CASSIND**, a qualquer tempo, poderá promover alteração e/ou adequações nos instrumentos contratuais firmados com entidades hospitalares, clínicas ou laboratórios e demais prestadores, em atenção aos parâmetros definidos na legislação pertinente;

§3º. Sempre que ocorrer inclusão, alteração e exclusão de prestadores da rede credenciada, a **CASSIND** divulgará aos seus beneficiários através do portal www.CASSIND.com.br, conforme normatização do órgão regulador;

§4º. 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 especialização, 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, ANVISA e respectivos órgãos de fiscalização aplicáveis a cada caso específico conforme os serviços a serem disponibilizados;

Art. 22. 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. 23. 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, conforme prevista 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**.

Art. 24. A **CASSIND**, a fim de assegurar o atendimento aos seus beneficiários poderá firmar convênio de reciprocidade com entidades congêneres;

§1º. Se denomina entidade congênere aquela devidamente organizada e registrada conforme normas legais, tendo por objeto prestar serviços a funcionários públicos que atuam como auditores fiscais junto à fazenda pública municipal, estadual e federal, bem como às entidades de autogestão devidamente constituídas, segundo as normas da ANS;

§2º. A assistência prestada aos beneficiários da **CASSIND** através das entidades congêneres deve observar os limites estabelecidos no presente Regulamento, e

visa principalmente, garantir assistência prevista no presente Regulamento, fora da área geográfica de abrangência do **PLANO FISCO I**:

I – atendimento de urgência e emergência;

II- atendimento eletivo quando inexistir prestador na área de abrangência do plano que possa assegurar a assistência;

§3º. Para os atendimentos que ensejarem internação em dias e horários extraordinários, o beneficiário ou seu responsável legal deverá entrar em contato com a **CASSIND**, informando o ocorrido no primeiro dia útil seguinte, para que esta encaminhe a autorização à entidade congênere responsável pela prestação de serviço. Na impossibilidade de informar a **CASSIND**, o contato deve ser mantido com a entidade congênere local;

§4º. A assistência através do Convênio de Reciprocidade será promovida mediante apresentação da carteira de identificação do Beneficiário.

a) em caso de atendimento eletivo, a **CASSIND** expedirá prévia autorização mediante ofício dirigido à entidade conveniada.

b) em caso de atendimento em caráter de urgência/emergência, a autorização será emitida pela **CASSIND**, imediatamente, após a ciência do fato.

c) em qualquer situação, a entidade conveniada, na cidade onde o atendimento será prestado, adotará as providências para liberação da cobertura em sua rede assistencial.

Seção II **Rede Terceirizada**

Art. 25. 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 indicar o referenciamento dessa, a fim de assegurar cobertura obrigatória aos beneficiários residentes em outras localidades, conforme limite estabelecido pelo órgão regulador, ou para os beneficiários em trânsito ou ainda para os casos de indisponibilidade de prestador 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 serem observadas as normas operacionais previstas nos respectivos convênios.

§2º. O beneficiário que optar por atendimento em prestador cuja tabela é acima da média da localidade, 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**, ou seja, deixar de fazer uso da sua condição de beneficiário da **CASSIND** em atendimento num prestador credenciado, integrante da rede do **PLANO FISCO I**, salvo em casos de urgência e emergência, onde se comprove a impossibilidade de utilização da rede credenciada diretamente pela **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, ou seja, deixar de fazer uso dos serviços do prestador credenciado, integrante da rede do **PLANO FISCO I**;

§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 beneficiário do Plano;

II- os reembolsos que sejam, porventura, devidos aos usuários serão realizados conforme valores comprovadamente pagos mediante apresentação de NF, recibo e fatura descritiva dos serviços e procedimento realizado;

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. 26. Será garantido o acesso às coberturas assistenciais prestadas pela **CASSIND**, mediante a satisfação de todas as exigências estabelecidas na legislação vigente, neste Regulamento e demais normas aplicáveis;

§1º. A cobertura dos procedimentos previstos nesse capítulo, poderá ser submetida a análise administrativa e perícia técnica tais como: auditoria médica e de enfermagem, segunda opinião médica, junta médica, evidência científica, diretrizes e protocolos de utilização;

§2º. A perícia prevista no §1º deste artigo poderá ser anterior a autorização e/ou posterior a realização do procedimento, podendo também ser efetuada auditoria durante a realização de procedimentos de média e alta complexidade.

Art. 27. 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 **Plano 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 e site da entidade;

II- exames clínicos e laboratoriais;

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

IV – cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Rol de procedimentos da ANS;

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

VI- sessões de fisioterapia e psicomotricidade ou seja, cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física constante no Rol de procedimentos da ANS, os quais podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano e por pessoa;

VII- sessões de fonoaudiologia, psicoterapia, escleroterapia, acupuntura, terapia ocupacional, consulta com psiquiatra ou com nutricionista, devidamente habilitados e em conformidade com as demais diretrizes especificadas pela ANS, bem como aquelas de natureza operacional definidas pela diretoria da **CASSIND** em resolução própria;

VIII- 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.

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

X- cobertura das ações de planejamento familiar com segmentação ambulatorial, listada no Rol de procedimentos de cobertura básica obrigatória, editado pela ANS;

XI- cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme normatização específica vigente sobre o tema;

XII- 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 que prestou o primeiro atendimento, para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

XIII- Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XIV- cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, serem administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde, dentro de estabelecimento de saúde;

XV- Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes orais e/ou venosos, exclusivamente aqueles especificados na lista definida pela ANS, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentearia ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, atualmente a cargo da ANVISA;

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

XVII- 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;

XVIII- cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XIX- 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;

XX- procedimentos que exijam anestesia, exceto a local, quando não demandar período de internação superior a 12 horas;

XXI- quimioterapia oncológica intra-tecal ou que não demande internação;

§2º. Estão incluídos na assistência a que se refere o inciso VIII do parágrafo primeiro:

I- atendimentos às emergências, assim consideradas 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- 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**.

§3º. A cobertura de sessões de acupuntura, somente será assegurada quando o procedimento for realizado por profissional de saúde regularmente inscrito no respectivo Conselho Profissional e com título de especialização na área, conferido por entidade de ensino reconhecida por órgão oficial do governo.

Seção II **Do Atendimento Hospitalar**

Art. 28. 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, ressalvada a cobertura para os procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência a ser prestada em caráter 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 autorizada pela **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, inclusive para internações psiquiátricas;

IV- Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS;

V- Cobertura de transplantes previsto pelo órgão regulador e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

e) quando depender de doador cadáver, somente será assegurada ao Beneficiário que esteja obrigatoriamente inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOS, observado o critério de fila única de espera e seleção.

VI- 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, absolutamente incapazes ou para aqueles portadores de necessidades especiais;

VII. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecendo aos seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, respeitando-se a segmentação contratada;

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

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

X- Cobertura de serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico indispensável ao tratamento da doença;

XI- 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;

XII- Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

XIII- Cobertura de procedimentos buco-maxilo-faciais 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, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

XIV- Cobertura exclusivamente da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

XV - Cobertura obrigatória para procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar;

XVI- Cobertura de próteses e órteses, ambas ligadas ao ato cirúrgico, com registro na ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

XVII - Cirurgia plástica reparadora, nas seguintes situações:

a) exclusivamente, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais;

b) cirurgia plástica reconstrutiva de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

c) exclusivamente, após perda ponderal decorrente de tratamento clínico ou cirúrgico de obesidade mórbida, para mamas, abdômen e membros superiores e inferiores.

XVIII- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica previstos no ROL da ANS;

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

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

§2º. Para fins do disposto no *inciso XV*, 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, como definida no inciso XIV do art. 27 deste Regulamento e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

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;

§3º. Para fins do disposto no inciso **XVI** 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;

III. Em caso de divergência técnica entre o profissional requisitante e a perícia médica da **CASSIND** acerca do procedimento, conduta prescrita ou OPME, a

decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **CASSIND**, mediante instauração da Junta Médica nos termos fixados pelo órgão regulador.

IV- Não será coberto o uso de produtos experimentais e importados não nacionalizados;

§4º. Ainda para fins do disposto no inciso XIII e XIV do caput 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 e 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 serem realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da **CASSIND**, ficando este ônus a cargo do usuário.

§5º. Estão incluídos no atendimento a que se refere o inciso II do caput deste artigo as observações e condições abaixo estabelecidas, e, sempre que possível, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais, as seguintes coberturas:

I-A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

II- Garantido todos procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

III- Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar), para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas pelo órgão Regulador;

§6º. A cobertura dos procedimentos a que alude os incisos XIX e XX deste artigo é assegurada nos limites da Tabela adotada pela **CASSIND**.

§7º. Para fins da assistência prevista no inciso XVII *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 eventos sísmicos de qualquer modalidade.

§8º. 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**.

§9º. 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.

§10. Quando ocorrer a cessação de cobertura prevista nas situações descritas nos §§8º e 9º é assegurado o direito à remoção para uma Unidade do SUS, a expensas da **CASSIND**, conforme indicação do médico assistente.

§11. Nas hipóteses descritas nos §§8º e 9º, o paciente beneficiário ou seu responsável optar pela continuidade do atendimento no hospital privado onde se encontre sem a cobertura assistencial da **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. 29. 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;

Art.30. Será assegurada a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários cuidados para a preservação da vida, órgãos e funções, observando-se os limites legais e previsto neste regulamento para os casos em que o beneficiário ainda não tenha cumprido a carência exigida;

Art. 31. 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.

§1º. 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**.

§2º. 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.

§3º. Na hipótese do paciente beneficiário ou seu responsável optar pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo 2º, 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.

§4º. A cobertura para os casos de urgência ou emergência limita-se à intercorrência que motivou o atendimento, até à cessação do estado de urgência/emergência ou até que se obtenha a estabilização clínica do paciente, não se estendendo à enfermidade previamente instalada ou que tenha originada a intercorrência, acerca da qual deverá ser observado o cumprimento dos prazos de carência ou CPT incidentes.

§5º. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou que implique em risco de morte, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

§6º. Nos contratos de plano hospitalar que envolva acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será limitada às primeiras 12 (doze) horas da assistência.

Art. 32. Conforme previsto em norma editada pelo Órgão Regulador, 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.

Art. 33. 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, excluídos 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.

Art. 34. Em caso de atendimento de urgência/emergência, caso o beneficiário 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, sendo comprovado o direito do usuário quanto a cobertura do serviço;

Seção IV

Da Cobertura Obstétrica e do Recém-Nascido

Art. 35. A Cobertura Obstétrica inclui os procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes condições:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la, durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou sentença/decisão de autoridade que reconhece o ato de adoção;

§Único. 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. 36. Nos termos da Regulamentação vigente, a remoção de beneficiários que ao **PLANO FISCO I**, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória para internação hospitalar, a partir da ciência da operadora, quando ocorrer:

I - De hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II - De hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III - De hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - De hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto em normatização específica; e

V - De hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

Parágrafo único. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável e após a autorização do médico assistente.

Art. 37. 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, observadas as normas regulatórias para tanto, fixadas pela ANS.

§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.

§2º. No caso de haver opção pela permanência em hospital privado não credenciado, as despesas referentes a continuidade da internação, ficarão sob a responsabilidade do paciente ou seu responsável, desobrigando-se a contratada da responsabilidade médica e do respectivo ônus.

§3º. Nos casos ora previstos, quando não possa haver remoção, por risco de vida do Beneficiário, o 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.

§4º. Realizada a remoção cessará a responsabilidade da **CASSIND** quando efetuado o registro na unidade SUS ou Unidade Hospitalar indicada pela família ou responsável financeiro do beneficiário.

§5º. Em caso de beneficiária gestante:

a) será assegurada a remoção, caso essa beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias e tendo ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação; e

b) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida seja da beneficiária gestante ou da criança, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária ou responsável pela mesma.

§6º. 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, escolhido pelo beneficiário ou por seu responsável legal, quando for o caso.

§7º. 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.

Art.38. A remoção de beneficiários que possuam **PLANO** privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência **não será obrigatória** nas seguintes hipóteses:

I - De local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos em normatização específica; ou

II - De hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário e não pertencente à rede própria da operadora.

Art.39. O **PLANO FISCO I** poderá podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no art. 38, mediante estudos atuário fundamentado.

§1º. As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento apartado do contrato de **PLANO** privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção, previamente acordado entre as partes.

§2º. A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de **PLANO** privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

Seção VI **Do Reembolso de Despesas**

Art. 40. A **CASSIND** assegurará o reembolso, no limite das obrigações previstas neste Regulamento e especificamente em relação às coberturas assistenciais, obedecendo os limites do órgão regulador, as despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica de cobertura do plano, nos casos 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. O beneficiário deverá observar as normas operacionais definidas pela **CASSIND** e 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.

§2º. As despesas com remoção do paciente do seu domicílio/unidade hospitalar somente serão reembolsadas caso sejam comprovadas as situações de urgência e emergência, por laudo médico assistente validado pela auditoria realizada pela **CASSIND**.

§3º. Na hipótese de impossibilidade ou inexistência de prestador credenciado/referenciado (inclusive mediante convênio de reciprocidade) em determinada especialidade ou serviço, na área geográfica de cobertura prevista neste Regulamento, a **CASSIND** adotará as providências possíveis para garantir o atendimento, através de reembolso de despesas conforme previsto em normatização específica da ANS.

§4º. Nas hipóteses de atendimentos de urgência e emergência, inclusive dentro da área geográfica de abrangência, em que não for possível a realização do procedimento em prestador credenciado/referenciado ou mediante convênio de reciprocidade, obrigando o beneficiário a arcar com os custos para sua realização, será assegurado reembolso integral.

Art. 41. 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), indicando nome do beneficiário atendido;
- II- Conta analítica (fatura) médico-hospitalar, que deverá especificar detalhadamente, serviços, procedimentos, quantidades e valores cobrados, acompanhada da cópia de prontuário médico;
- III- Relatório médico pormenorizado, indicando a patologia, traumas ou complicações havidas, bem como os procedimentos adotados, data e horário do atendimento, assinatura e carimbo do médico que prestou atendimento;
- IV- Declaração do médico assistente, esclarecedora das justificativas do atendimento de urgência e/ou emergência, quando for o caso;
- 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 profissional que realizou o procedimento e na Nota Fiscal deverá constar o nome do beneficiário que obteve o atendimento e descrição do procedimento efetuado;

§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 03 (três) anos da data de entrega do requerimento.
- IV- Procedimentos que a **CASSIND** não esteja obrigada a custear, nos termos deste Regulamento e das normas aplicáveis;

V – Procedimentos realizados pelo beneficiário sem observância das regras e rotinas operacionais, previstas pelo Regulamento ou decorrentes da aplicação de Resoluções ou instruções normativas da ANS;

§2º. O beneficiário tem o prazo de 03 (três) anos, contados 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 como documento hábil à comprovação das despesas a serem reembolsadas e quando for serviço prestado por pessoa física a apresentação de recibo firmado e assinado 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 a partir do protocolo de recebimento dos documentos.

§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 utilizados pelo de cujus será de 03 anos, 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 beneficiário remanescente devidamente identificado 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.

Art. 42. Nos casos em que haja obrigações financeiras vencidas, relativas ao Titular ou qualquer dos dependentes ou agregados, a **CASSIND** poderá promover a compensação de tais débitos com eventuais créditos decorrentes de reembolsos devidos, nos termos deste Regulamento.

Art. 43. No reembolso referente a procedimento em que incida a coparticipação ou franquia será deduzido o valor correspondente ao respectivo percentual.

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

Art. 44. 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, em face das quais estarão sujeitos 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 - **30 (trinta) dias;**
- III-** Exames especializados/procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos em regime ambulatorial, inclusive as terapias em série - **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, aqueles constantes do Rol de procedimentos, observando-se as diretrizes de utilização, editados pela ANS;

§6º. Durante o período de cumprimento de carência serão garantidos os atendimentos de urgência/emergência, observando os seguintes casos e limites de cobertura:

- a) serão garantidos os atendimentos de urgência/emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.
- b) para a beneficiária gestante que ainda não tenha atingido a carência de 180 (cento e oitenta) dias deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.
- c) para a beneficiária gestante cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- d) para os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que na urgência e emergência resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Art. 45. Das condições especiais para cumprimento de carência:

- I. A inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, elegível ao plano, como beneficiário, ficará isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção;
- II. A inscrição de filho menor de 12 anos cuja paternidade/maternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento formal da paternidade/maternidade, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai/mãe, independente da segmentação contratada, observadas as regras de elegibilidade;
- III. A inscrição do menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso, observadas as regras de elegibilidade;
- IV. Em caso de adesão decorrente de convênio de multipatrocínio, serão observadas as normatizações específicas sobre a exigência de carência, observadas as regras de elegibilidade;
- V. Em caso de adesão decorrente da portabilidade de carências será aplicado a normatização do órgão regulador, observadas as regras de elegibilidade e compatibilidade com plano de origem quanto a coberturas, preço, tipo de acomodação, portabilidades já realizadas pelo beneficiário e carências cumpridas no plano anterior;
- VI. Em situações excepcionais, a fim de promover ações de incentivos a prevenção e promoção a saúde a Diretoria executiva poderá isentar o cumprimento de carência para consultas e exames simples previstos no inciso III do artigo 44, bem assim para exames de ultrassonografia mamária e da próstata;

§1º. Na situação prevista no inciso I do Caput, se o pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

§2º. Na situação prevista no inciso I do Caput, se o pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

TÍTULO IV
CAPÍTULO VII
DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS E DOS MECANISMOS DE
REGULAÇÃO UTILIZADOS
Seção I - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERECIDOS

Art. 46. 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. 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.

§3º. 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.

§4º. 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.

§5º. 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 carácter 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.

§6º. O associado, o beneficiário especial ou o remanescente responderá, integralmente, pelo ônus decorrente de contratação direta, realizada por si ou por seus dependentes e beneficiários agregados, 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 ou referenciados pela **CASSIND**.

Art. 47 - O atendimento fora da área de abrangência, prioritariamente, será realizado por meio do convênio de reciprocidade, nos casos de urgência e emergência.

Art. 48. É assegurado a **CASSIND**, através de seus prepostos acesso ao prontuário do beneficiário, nos limites da legislação em vigor, respeitada a ética médica, o sigilo das informações e a intimidade do paciente, devendo o beneficiário colaborar para a correta apuração dos dados e elucidação dos fatos

Art. 49. O acesso dos beneficiários do **PLANO FISCO I** aos serviços assistenciais de cobertura obrigatória se dará com observância das regras fixadas neste Regulamento, nos termos da legislação aplicável;

§1º. Os prazos para oferta e execução dos serviços assistenciais previstos neste Regulamento ou nas normas legais aplicáveis serão contados a partir da data em que o Beneficiário apresente a solicitação da consulta, exame ou procedimento à **CASSIND**, devidamente instruída com os documentos necessários para que sejam adotadas as providências de autorização ou realização.

§2º. Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste Regulamento ou nas normas incidentes, será considerada válida a disponibilização dos serviços assistenciais através de qualquer prestador, integrante ou não da rede própria, credenciada ou referenciada, desde que seja habilitado para o atendimento.

Seção II - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO UTILIZADOS

Art. 50- As coberturas previstas nesse regulamento estão sujeitas aos seguintes mecanismos de regulação, a critério da **CASSIND**:

I – Autorização prévia: autorização concedida pela **CASSIND** através de sistema eletrônico e/ou análise de auditoria técnica, ao prestador de serviços, previamente à realização dos procedimentos;

II - Perícia prévia: análise técnica acerca do procedimento solicitado pelo beneficiário;

III – Coparticipação: mecanismo no qual parte do custo do procedimento é de responsabilidade pelo beneficiário, nos termos do presente Regulamento e Resolução de Diretoria;

IV – Franquia: mecanismo no qual parte do custo das diárias de internação será de responsabilidade do beneficiário, nos termos do presente Regulamento e Resolução de Diretoria;

V- Será necessária autorização prévia e/ou guia de encaminhamento apenas para os exames especializados exceto ultrassonografias, procedimentos ambulatoriais e internações;

§1º. Todos os serviços cobertos pelo plano estão sujeitos a autorização prévia, seja de forma presencial ou virtualmente através de sistema próprio da **CASSIND**, a fim de validar a elegibilidade, atendimentos de requisitos seja por parte do beneficiário, seja por parte do prestador.

§2º. As autorizações emitidas física ou eletronicamente, para realização de procedimentos, exames e/ou serviços médicos hospitalares terão validade de 60 (sessenta) dias da data da emissão.

§3º. A Guia de Solicitação do Serviço Assistencial, quando necessária, deverá estar acompanhada de laudo e/ou justificativa médica, em formulário específico ou papel timbrado, com nome, e número de registro do profissional no Conselho Regional de Medicina, datado e assinado pelo profissional solicitante;

§4º. A concessão ou não, da autorização requerida, deverá levar em consideração o parecer da Perícia Médica da **CASSIND**, bem como a existência de carências pendentes, a previsão legal de cobertura dos procedimentos, a regularidade da situação do beneficiário, e outros aspectos contratuais ou legais pertinentes.

§5º. Ao ser atendido, o beneficiário deverá conferir e assinar a respectiva fatura dos serviços prestados.

Art. 51. 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 neste 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 mediante a emissão 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 da **CASSIND**, 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. 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 de não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

§6º. Para os procedimentos que exigem regulamentação do Ministério da Saúde, como salpingectomia, vasectomia, transplantes, ou qualquer outro que venha a ser coberto, a autorização será concedida após o cumprimento pelo beneficiário das normas estabelecidas pelo referido órgão competente ou regulação específica.

Art. 52. Poderá ser exigida perícia prévia para autorização de procedimentos, nos seguintes casos:

- a) Procedimentos de alta complexidade e/ou de alto custo;
- b) A fim de acompanhar para que as autorizações expedidas atendam a padrões técnicos e éticos, evitando assim que qualquer órgão ou estrutura anatômica seja exposto a um procedimento diferente daquele cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médicos e científicos aceitos;
- c) Sempre que houver indícios de distorções ou alterações entre os procedimentos solicitados e os índices de saúde no perfil da população assistida pela **CASSIND**;

- d) Se observada a necessidade da solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura do **PLANO FISCO I**, conforme quadro clínico do beneficiário;
- e) Se observar a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento solicitado e a cobertura do plano.

§1º. A fim de obter maiores informações prévios para autorização de procedimento de alta complexidade, o perito poderá solicitar a apresentação dos seguintes documentos:

- I – Relatório ou laudo médico detalhado, elaborado pelo profissional solicitante, e/ou pelo profissional que realizará o procedimento;
- II – Resultados dos exames solicitados; e
- III – Laudo emitido em perícia médica, se houver.

§2º. 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**.

§3º. 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.

§4º. Solicitação idêntica à referida no parágrafo anterior, poderá ser requisitada, relativamente à autorização dos procedimentos ambulatoriais.

§5º. Atendendo às disposições regulatórias vigentes à época do evento, havendo divergência técnica suscitada pelo médico perito/auditor da operadora, acerca de procedimento, prescrições/solicitação e indicações terapêuticas, ou de recursos, materiais e insumos outros definidos pelo Médico assistente, a **CASSIND** promoverá a resolução do impasse através da organização de junta médica constituída pelo Profissional assistente solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro médico escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados.

§6º. No caso previsto no parágrafo anterior, quando cabível, o beneficiário deverá submeter-se aos procedimentos periciais ou de auditoria que se façam necessários para a resolução da divergência técnica suscitada, ficando suspensa a obrigação da cobertura assistencial até a deliberação da Junta Médica constituída, observados os prazos de autorização definidos pelas normas regulatórias incidentes.

CAPÍTULO VIII **DAS PARTICIPAÇÕES DO BENEFICIÁRIO**

Art. 53. A efetiva utilização dos serviços assistenciais assegurados pelo **PLANO FISCO I** implicará a participação financeira dos beneficiários, da 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 44: 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 Assembleia, com rotinas definidas em Resolução de Diretoria, participação de 30% (trinta por cento).

§1º. A contagem dos serviços previstos nos incisos I e II será por ano e por usuário

§2º. Os beneficiários de doenças crônicas poderão gozar de isenção de coparticipação, conforme Resolução de Diretoria.

§3º. O benefício de isenção de coparticipação prevista no parágrafo anterior, fica condicionada a ausência de pendências financeiras junto ao plano e a apresentação de laudo de exames e relatório do médico assistente com indicação da hipótese diagnóstica ou CID – Código Internacional de Doença, sendo devida a partir do mês subsequente ao da comprovação do preenchimento dos requisitos ora fixados, cujos efeitos para o benefício da isenção da coparticipação, serão contados a partir da apresentação do relatório médico ou laudo de exame válido,

assim considerado aquele que apresenta informações conclusivas sobre o diagnóstico;

§4º. Nas internações hospitalares, não haverá a aplicação de coparticipações, exceto nas internações psiquiátricas. Poderá ser estabelecido valores de franquias para hospitais, mediante resolução de diretoria, previamente divulgados aos beneficiários do plano, após deliberação da diretoria e aprovação do Conselho Administrativo, observados os limites da regulamentação específica.

§5º. Nas coberturas decorrentes de transtornos psiquiátricos de acordo com o rol da ANS, em relação às despesas decorrentes dos dias que excederem a 30 dias de internação contínuos ou não, a cada 12 meses de vigência do contrato, fixada como de cobertura obrigatória, o valor da coparticipação será de 30 (trinta) a 50% (cinquenta) aplicada de forma escalonada, conforme Resolução de Diretoria;

§6º. 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 de diretoria.

Art. 54. Haverá incidência de franquia sobre as diárias decorrentes de internações hospitalares, para determinadas unidades mediante estudo fundamentado e prévia divulgação aos beneficiários quanto a forma de cobrança, condições de pagamento

§1º. As franquias serão regulamentadas através de resolução de diretoria, será estabelecida em quantidade de cotas e terá como referência o valor da última cota a ocorrência da internação.

§2º. A Diretoria da **CASSIND** através de Resolução, poderá instituir, reduzir, eliminar ou suspender a franquia para incidência naquelas unidades hospitalares ou clínicas especializadas que prestem serviços de internação hospitalar, a fim de assegurar o equilíbrio econômico assistencial da **CASSIND**.

CAPÍTULO IX DAS COBERTURAS NÃO ASSEGURADAS

Art. 55. 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 aqueles definidos pelas normas regulatórias vigentes, a saber: rins, córneas e de medula (autólogo ou homogêneo, conforme DUT/ANS);

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, bem assim aquelas com fim estético assim consideradas aquelas que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

VI- tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvadas as disposições do art. 56 deste Regulamento.

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

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

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

X- despesas ou gastos 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- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos, endocrinológico, duchas, massagens, tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento, saunas e outras atividades com finalidades estéticas, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

XII- medicamentos e aplicações de vacinas, exceto:

a) Aqueles administrados durante o período de internação hospitalar ou nos casos de urgência e emergência, e nos demais casos previstos pelo órgão regulador ou no presente regulamento;

b) E os de cobertura previstos neste regulamento;

c) vacinas, exceto as que forem realizadas em campanhas promovidas pelo
PLANO FISCO I;

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-** tratamento odontológico, 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;
- XIX-** despesas decorrentes 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-** fornecimento medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos oncológicos e adjuvantes expressamente definidos e listados em instrumentos normativos editados pela ANS, incluindo as diretrizes de uso e de qualificação dos produtos, dando preferência aos medicamentos genéricos;
- 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-** fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XXVI-** procedimentos ou eventos não listados neste Regulamento ou não previstos no Rol de coberturas obrigatórias editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como aqueles que não atendam as diretrizes assistenciais ou protocolos de utilização definidos pelas normas regulatórias vigentes;
- XXVII-** tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XXVIII-** casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XXIX- estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XXX- procedimentos realizados sem prévia autorização, quando esta estiver prevista no presente Regulamento tal exigência;

XXXI – terapia, procedimento e especialidade alternativos, experimentais ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e respectivo Conselho Profissional Federal;

XXXII- procedimento de cosmetologia, depilação, implante de cabelos e tratamento de calvície, ainda que com indicação médica;

XXXIII- internação de véspera, assim entendida a internação no dia que antecede ao do procedimento médico, sem que haja justificativa médica sobre sua necessidade e relevância;

XXXIV – medicina ortomolecular;

XXXV- cirurgias com finalidade de mudança de sexo;

XXXVI – cirurgia plástica de qualquer natureza e finalidade, inclusive corretiva, e lipoaspiração, mesmo com repercussão social ou emocional, exceto nos casos previstos neste regulamento.

XXXVII – cirurgia oftalmológica refrativa (excimer laser) com grau de miopia ou de astigmatismo inferior a 5 (cinco) e de hipermetropia acima de 6 (seis), ou quando não sejam preenchidos os requisitos mínimos definidos pela especialidade para tais procedimentos a qualquer tempo;

XXXVIII – despesas com doadores de órgãos se o receptor não for beneficiário da **CASSIND**;

XXXIX – apartamento de retaguarda para acompanhante;

XL- aparelho para surdez e prótese auditiva não ligados ao ato cirúrgico;

XLI – aquisição, manutenção, ajuste e aluguel de aparelhos ortopédicos e colchões especiais;

XLII- despesas com consulta em domicílio, dieta industrializada ou curativos;

Art. 56- O **PLANO FISCO I** deverá garantir a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

I - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

Art. 57. A diretoria do plano poderá ampliar a cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS ou no presente regulamento, face a pedido apresentado por beneficiário em dias com suas obrigações e mediante coparticipação do beneficiário no custeio do procedimento, ainda que esse exija internação hospitalar.

I- O pedido deverá estar instruído com relatório fundamentado do médico assistente e acompanhado de laudo de exames realizados, cabendo ao médico do plano

validar e solicitar opinião de um ou mais especialistas se entender necessário, a fim de opinar sobre a necessidade de cobertura e complicações ao paciente;

II-Considerando as opiniões apresentadas sobre o tema para esses casos a diretoria da **CASSIND** com aval do conselho administrativo poderá autorizar a cobertura;

III- A coparticipação para o beneficiário solicitante, nesses casos será definido por decisão de Diretoria e do conselho administrativo;

TÍTULO IV
DO CUSTEIO DO PROGRAMA ASSISTENCIAL
CAPÍTULO X
DAS CONTRIBUIÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS, CRITÉRIOS DE REAJUSTES E
FORMA DE PAGAMENTO

Art. 58. 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, 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 total de cotas a que faz jus o total de beneficiários do plano, conforme vínculo e idade – de acordo com legislação vigente, 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 e os critérios, fórmulas e formas de reajuste serão estabelecidas de acordo com as respectivas classes de beneficiários, conforme tabela prevista em **Resolução de Diretoria**, fundamentada em estudo técnico atuarial, os quais poderão inclusive indicar adequações;

§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 a apuração mensal do 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.

§5ª. O reajuste decorrente de mudança de faixa etária será aplicado no mês seguinte ao mês de aniversário do beneficiário;

Art. 59. As contribuições prestadas pelos beneficiários poderão sofrer a qualquer momento variações a depender dos seguintes fatores:

- I- Impactação de custos, reajustes dos serviços contratados, advindos de fatores incontrolláveis 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 Assembleia Geral de Associados convocada para este fim.

Art. 60. O recebimento do valor das contribuições será realizado, a critério da administração da **CASSIND**, mediante:

- I- boleto bancário;
- II- débito em conta corrente;
- III 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 III 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% (um por cento) ao mês, *pro rata dia*, conforme Resolução da Diretoria.

§6º. Decorrido o prazo de 60 (sessenta) dias contados do vencimento do débito sem o seu pagamento, o mesmo será considerado líquido e certo, constituindo título executivo extrajudicial, podendo ser encaminhado para execução judicial, independentemente da exclusão do titular.

CAPITULO XI
DOS PATROCÍNIOS
Seção I
Do Patrocínio do Sindifisco

Art. 61. 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. 62. As Entidades conveniadas em regime de multipatrocínio contribuirão para o equilíbrio econômico-financeiro da **CASSIND**, mediante repasse de percentual de um a dez por cento do valor arrecadado mensalmente, conforme pactuado entre as partes.

§1º. 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.

§2º. O ingresso de beneficiários através de convenio de multipatrocínio, que já fizeram parte do plano, cuja causa de desligamento foi inadimplência, fica condicionada ao pagamento dos débitos pretéritos.

TÍTULO V
CAPÍTULO XII
DA SOLUÇÃO DE CONFLITOS PELAS VIAS ADMINISTRATIVAS
CONCILIAÇÃO E MEDIAÇÃO

Art. 63. - Fica estabelecido que qualquer controvérsia, reivindicação, insatisfação ou indício de litígio resultante dos serviços disponibilizados pela **PLANO FISCO I**,

será resolvido mediante procedimento de Conciliação e mediação, instaurada administrativamente na sede da **CASSIND**, antes de se insurgir judicialmente;

§1º. A inobservância do previsto no Caput do presente artigo, impõe ao beneficiário que infringir tal previsão arcar com as custas processuais e honorários advocatícios;

§2º. O disposto no caput do presente artigo ficará prejudicado em caso decisão judicial transitada em julgado, ou, independentemente de ação judicial, nos casos em que haja decisão administrativa do órgão regulador capaz de ensejar em penalidade pecuniária ao plano;

§3º. A inobservância do previsto no Caput do presente artigo, impõe ao beneficiário que infringir tal previsão arcar com as custas processuais, honorários advocatícios e demais despesas decorrentes a exemplo de honorários periciais;

Art. 64. Diretoria da **CASSIND**, mediante recebimento de requerimento ou período de reconsideração sobre negativa ou qualquer outra decisão de interesse do beneficiário, deverá dar início ao procedimento de Conciliação e mediação, marcando reunião com o interessado em até 30 dias contados da data do requerimento, na sede da **CASSIND**, em data e horário previamente acordados entre as partes, a fim de dar início ao procedimento de conciliação.

§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. O beneficiário que se julgar prejudicado em relação a decisão da Diretoria **PLANO FISCO I**, decorrente de decisão sobre os serviços assistenciais, poderá manifestar-se formalmente, devendo aguardar resposta à solicitação realizada, em prazo não superior a 30 (trinta) dias.

§3º. Caso não se estabeleça um acordo, e mediante consenso a demanda poderá ser apresentada a serviços de mediação indicado pela **CASSIND**, para a busca de uma solução harmônica e legal, em sendo pactuado acordo, esse será apresentado para homologação judicial.

§4º. Da decisão de Diretoria, caberá recurso ao Conselho Administrativo no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da ciência do interessado, no âmbito das respectivas competências, devendo o colegiado manifestar-se em prazo não superior a 20 (vinte) dias úteis.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 65. 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. 66. 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. 67. 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 funcionários profissionais contratados, 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. 68. 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. 69. Em caso de suspeita de fraude ou prática de ilícito por beneficiário em face do **PLANO FISCO I**, conforme **§3º.** do artigo 17 deste regulamento a Diretoria deverá instaurar processo administrativo respeitando o contraditório e a ampla defesa a fim de apurar a suspeitas, para tanto deverão ser observados os fatos, análise dos documentos e oitiva dos envolvidos, observando o previsto no parágrafo 2º do artigo 9º do Estatuto da **CASSIND**.

§1º. Após apuração de todos os aspectos, deverá ser lavrado relatório com o resultado da apuração e esse apresentado ao Conselho Administrativo, a fim de que seja deliberado sobre a conduta a ser aplicada.

§2º. Se constatada a prática de fraude ou de prática de ilícito, as medidas administrativas aplicadas pela Diretoria, não isenta o beneficiário de responder civil e criminalmente pelos danos cometidos em face da **CASSIND**.

Art. 70. A alteração promovida neste 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. 71. 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. 72. 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.

Revoga-se o Regulamento Geral de Benefícios Médico-hospitalares, aprovado em 13 de outubro de 2014, bem assim outras disposições contrárias.

Aracaju, 26 de junho de 2019.

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

Secretária:

Presidente:

Diretor Financeiro:

Membro do Conselho Administrativo:

Membro do Conselho Administrativo: