



CAPESESP

REGULAMENTO
CAPESAÚDE
FAMÍLIA AMBULATORIAL
Reg. ANS Nº 479.566/17-1

ANS - Nº 324477

ÍNDICE

REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

	Página
OBJETO	04
BENEFICIÁRIOS	04
BENEFÍCIOS	07
INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO	08
CUSTEIO	11
DISPOSIÇÕES GERAIS	12

REGULAMENTO CAPESAÚDE FAMÍLIA AMBULATORIAL

	Página
OBJETO	13
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	13
CONTRIBUIÇÕES PARA CUSTEIO DO PLANO	13
INÍCIO DA COBERTURA	15
COBERTURA E ABRANGÊNCIA	17
EXCLUSÕES DE COBERTURA	21
UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA	23
REEMBOLSO	24
DISPOSIÇÕES GERAIS	27
ELEIÇÃO DE FORO	27

REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

CAPÍTULO I OBJETO

Art. 1º – Este Regulamento tem por objetivo dispor sobre a concessão de benefícios de natureza assistencial, de acordo com a legislação vigente.

CAPÍTULO II BENEFICIÁRIOS

Art. 2º– Para efeito deste Regulamento, BENEFICIÁRIOS são os TITULARES, DEPENDENTES e PENSIONISTAS, respeitadas as disposições deste Regulamento.

Parágrafo Único: Os DEPENDENTES serão classificados como DEPENDENTES NATURAIS e DEPENDENTES AGREGADOS.

Art. 3º – Podem ser TITULARES:

- a. servidores ativos, inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, das Patrocinadoras;
- b. participantes-Assistidos do Plano de Benefícios Previdenciais que recebem complementação de renda mensal da CAPESESP;
- c. servidores que pertenceram ao quadro de pessoal efetivo da ex-Fundação SESP e que se desligaram por motivo de aposentadoria;
- d. ex-servidores ou ex-empregados das Patrocinadoras, assim como ex-empregados e ex-administradores da própria CAPESESP, observado o disposto no Parágrafo Único;
- e. empregados, administradores e aposentados da própria CAPESESP.

Parágrafo Único – Os BENEFICIÁRIOS previstos na alínea “d” somente poderão permanecer no Plano de Benefícios Assistenciais se optarem pela manutenção de sua vinculação no prazo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento funcional, desde que assumam integralmente o custeio do grupo familiar, inclusive as contribuições de responsabilidade do Patrocinador, assegurado o direito de manu-

tenção do grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho ou do vínculo funcional e as mesmas condições de cobertura assistencial, limitada a manutenção ao período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Art. 4º – Podem ser DEPENDENTES:

- I. Na condição de DEPENDENTES NATURAIS:
 - a. o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
 - b. o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
 - c. os filhos, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - d. os filhos, solteiros, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
 - e. os enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - f. os enteados, solteiros, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
 - g. os menores sob guarda concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “c”, “d”, “e” e “f”;
 - h. os menores sob tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas “c”, “d”, “e” e “f”;
 - i. a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia, desde que não exista nenhum dependente constante das alíneas “a” e “b” deste artigo inscrito no plano.
- II. Na condição de DEPENDENTE-AGREGADO:

- a. os pais ou padrastos, as mães ou madrastas;
- b. os filhos e enteados que não se enquadrem na condição de **DEPENDENTES NATURAIS**;
- c. os irmãos;
- d. os netos, os bisnetos e os sobrinhos;
- e. os avós e os tios;
- f. os sogros e os pais do companheiro;
- g. os netos do cônjuge ou do companheiro;
- h. os genros e noras;
- i. os cunhados.
- j. sobrinhos-netos e primos.

Parágrafo Primeiro – Para efeito deste Regulamento, são considerados enteados os filhos do cônjuge, ou do companheiro, desde que, em relação a este último esteja caracterizada a união estável.

Parágrafo Segundo - O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do TITULAR, conforme declaração anual do Imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde, observados os valores estabelecidos na tabela de contribuição vigente, acrescida da parcela equivalente à de responsabilidade Patronal, desde que o valor do custeio seja integralmente assumido pelo próprio titular.

Parágrafo Terceiro – Poderá, a qualquer tempo, ser definido o ingresso de novos tipos de dependentes, respeitando-se o limite fixado em legislação específica.

Art. 5º – Consideram-se PENSIONISTAS os dependentes dos TITULARES falecidos reconhecidos pelo Patrocinador ou pelo Regime Geral de Previdência Social para recebimento de pensão paga pelo órgão previdenciário.

Parágrafo Único: Para fins do disposto neste Regulamento, os PENSIONISTAS equiparam-se aos TITULARES, podendo inscrever dependentes, exceto pai ou padrasto, mãe ou madrasta, na condição de dependentes econômicos.

CAPÍTULO III BENEFÍCIOS

Art. 6º – Os benefícios assistenciais previstos neste Regulamento são:

- I. Assistência médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, de acordo com o plano escolhido pelo TITULAR, prestada aos BENEFICIÁRIOS conforme Regulamentos específicos e características constantes dos produtos registrados na ANS, mediante adesão voluntária e contribuição específica;
- II. Assistência Farmacêutica:
 - a. Reembolso Medicamento – Benefício exclusivo para o TITULAR e seus DEPENDENTES NATURAIS, que consiste no reembolso de parte das despesas com medicamentos, limitadas a valores mínimos e máximos, e conforme normas regulamentares específicas;
 - b. Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo – Assistência farmacêutica concedida mediante fornecimento de medicamentos para tratamento de um conjunto delimitado de patologias crônicas e conforme normas regulamentares específicas;
 - c. Auxílio-Medicamento Antineoplásico – Assistência farmacêutica concedida mediante fornecimento de medicamentos de administração oral e ambulatorial para tratamento das doenças neoplásicas e conforme normas regulamentares específicas;
 - d. Descontos em Medicamentos - Consiste na disponibilização de uma rede de farmácias credenciadas com desconto variável para aquisição de medicamentos pertencentes a uma listagem atualizada periodicamente, conforme normas regulamentares específicas.
- III. Assistência Odontológica, conforme opção do TITULAR, prestada aos BENEFICIÁRIOS conforme Regulamento específico e características constantes do produto registrado na ANS, mediante adesão voluntária e contribuição específica.

IV. Outros benefícios de natureza assistencial

- a. Auxílio órtese e prótese – Benefício restrito ao TITULAR, que consiste no fornecimento ou reembolso de despesas com aquisição de aparelhos para complementar ou substituir a função de órgãos e conforme normas regulamentares específicas;
- b. Capesaúde Urgente – Atendimento diferenciado, complementar à assistência prevista no item I, abrangendo orientação médica por telefone e/ou assistência domiciliar em situações emergenciais, mediante adesão voluntária, contribuição própria e normas regulamentares específicas;
- c. Auxílio Oxigenoterapia Domiciliar – Consiste na disponibilização temporária de equipamentos concentradores de oxigênio a partir do ar ambiente, para portadores de insuficiência respiratória, com coparticipação do beneficiário no pagamento e conforme normas regulamentares específicas;
- d. Auxílio-Funeral - Auxílio financeiro, concedido por meio de reembolso exclusivo ao TITULAR e conforme normas regulamentares específicas, para cobertura das despesas funerárias com o falecimento do seu DEPENDENTE NATURAL vinculado ao Plano de Benefícios Assistenciais, devidamente cadastrado como tal;
- e. Internação Domiciliar - Em casos selecionados, quando as condições clínicas permitirem, poderá ser oferecida a opção de substituir o tratamento que seria realizado no hospital pelo tratamento domiciliar, conforme normas regulamentares específicas.

Parágrafo Único – Novos benefícios assistenciais poderão ser criados, preferentemente aqueles que privilegiem a promoção da saúde e prevenção de doenças.

CAPÍTULO IV INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 7º– Para a inscrição é necessário a apresentação de proposta de adesão devidamente preenchida e assinada pelo TITULAR e dos respectivos documentos comprobatórios, conforme o disposto nas normas vigentes na data da inscrição.

Parágrafo Primeiro - O TITULAR é o responsável pela inscrição, desligamento e pagamento das contribuições mensais de todos os integrantes de seu grupo familiar, inclusive dos DEPENDENTES-AGREGADOS.

Parágrafo Segundo - O TITULAR é responsável direto pelos atos praticados por todos os integrantes de seu grupo familiar, incluindo os DEPENDENTES-AGREGADOS, junto a CAPESESP, cabendo-lhe responsabilidades, inclusive pecuniárias, por atos lesivos, abusivos e/ou indevidos.

Parágrafo Terceiro – Os BENEFICIÁRIOS que se encontrarem na condição de DEPENDENTE NATURAL na data do óbito do TITULAR, e que não passarem à condição de PENSIONISTA, para permanecer vinculados ao Plano de Benefícios Assistenciais serão reclassificados para condição de DEPENDENTE AGREGADO, porém não poderão inscrever quaisquer dependentes. Neste caso, a contribuição será paga de acordo com os preços estipulados nos produtos específicos para este tipo de dependente, podendo requerer o seu desligamento a qualquer tempo.

Parágrafo Quarto - Os BENEFICIÁRIOS que estejam inscritos como DEPENDENTES-AGREGADOS na data do óbito do TITULAR permanecerão nesta condição, sem possibilidade de inscrever quaisquer dependentes, assumindo a responsabilidade pelo pagamento da contribuição mensal, salvo se solicitarem expressamente o seu desligamento no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do falecimento do TITULAR.

Parágrafo Quinto - Serão admitidas inscrições de BENEFICIÁRIOS que não sejam reconhecidos como DEPENDENTES NATURAIS pelos Patrocinadores, desde que o TITULAR assuma também o custeio da parcela Patronal.

Parágrafo Sexto - Toda inscrição implica na aceitação irrestrita das disposições contidas neste Regulamento e no Estatuto da CAPESESP.

Parágrafo Sétimo - A Capesesp se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, documentos comprobatórios julgados necessários à manutenção da inscrição e/ou à utilização dos benefícios previstos neste Regulamento.

Parágrafo Oitavo - Os TITULARES deverão, obrigatoriamente, comunicar à Capesesp, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ocorrência, qualquer alteração referente às informações prestadas, sob pena de exclusão, de acordo com a regra estipulada na alínea “e”, Inciso III do Artigo 8º.

Parágrafo Nono - Os DEPENDENTES NATURAIS, bem como os pais ou padrastos, as mães ou madrastas, dependentes economicamente do TITULAR, confor-

me declaração anual do imposto de Renda, que constem no seu assentamento funcional, serão obrigatoriamente inscritos na mesma opção de Plano do TITULAR.

Parágrafo Décimo - Os TITULARES poderão inscrever DEPENDENTES-AGREGADOS em outras opções de planos disponíveis para este tipo de BENEFICIÁRIO, independentemente do plano em que estiver inscrito.

Art. 8º – O desligamento do BENEFICIÁRIO ocorrerá nas seguintes situações:

- a. por solicitação do TITULAR à PATROCINADORA, que deverá cientificar à Capesp em até 30 (trinta) dias. Expirado, comprovadamente, este prazo o titular poderá solicitar o desligamento diretamente à Capesp;
- b. por falecimento;
- c. por atraso de pagamento da contribuição mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;
- d. por inelegibilidade ou perda dos direitos de titularidade ou dependência, ressalvadas as situações específicas previstas neste Regulamento;
- e. por fraude, sendo as penalidades aplicadas de acordo com o tipo de ocorrência a seguir:
 - I. Exclusão definitiva nas situações que envolvam a utilização de procedimentos através do sistema de livre-escolha e da rede credenciada gerando vantagem pecuniária para quaisquer das partes envolvidas, bem como nos casos de reincidência de qualquer outro tipo de fraude;
 - II. Exclusão por 720 (setecentos e vinte dias) dias nos casos de uso indevido do cartão de identificação do BENEFICIÁRIO e tentativa de realizar as infrações previstas na alínea 'I';
 - III. Exclusão por 360 (trezentos e sessenta dias) nos casos de manutenção indevida de BENEFICIÁRIOS no plano.

Parágrafo Primeiro - Nos casos definidos na alínea “e”, o participante que cometeu a fraude é quem sofrerá a penalidade prevista neste Regulamento. No caso do TITULAR, todo o grupo familiar será excluído.

Parágrafo Segundo - Na hipótese prevista na alínea “e”, quando o ato for cometido pelo TITULAR, a penalidade será comunicada ao respectivo empregador.

Parágrafo Terceiro - Caberá recurso pelo TITULAR, no caso da aplicação de quaisquer penalidades previstas na alínea “e”.

Parágrafo Quarto - Em qualquer das situações citadas de desligamento, caberá ao TITULAR:

- a. a devolução dos cartões de identificação dos BENEFICIÁRIOS; e
- b. a responsabilidade pelo ressarcimento à CAPESESP de quantias pagas em função da utilização indevida, durante o período de suspensão ou após o desligamento.

Parágrafo Quinto - O desligamento do TITULAR implicará no desligamento de todos os seus dependentes, exceto no caso de falecimento, quando estes poderão solicitar a permanência do vínculo.

Parágrafo Sexto - Os desligamentos solicitados pelo TITULAR e deferidos terão efeito imediato e caráter irrevogável.

CAPÍTULO V CUSTEIO

Art. 9º – O Plano de Benefícios Assistenciais será custeado por:

- a. contribuições mensais das Patrocinadoras, referentes aos TITULARES, DEPENDENTES NATURAIS e PENSIONISTAS;
- b. contribuições mensais, relativas aos BENEFICIÁRIOS, de acordo com o plano escolhido pelo TITULAR, conforme condições e tabelas contidas nos regulamentos específicos de cada produto registrado na ANS;
- c. coparticipação financeira na realização de procedimentos e eventos em saúde, conforme condições e tabelas contidas nos regulamentos específicos de cada produto registrado na ANS.
- d.

Parágrafo Primeiro - Os BENEFICIÁRIOS que não sejam reconhecidos como DEPENDENTES NATURAIS pelas Patrocinadoras poderão ser inscritos ou permanecer no Plano de Benefícios Assistenciais desde que o TITULAR assumam também o custeio da parcela Patronal, prevista na alínea “a” deste Artigo.

Parágrafo Segundo - Para a manutenção da cobertura do Plano de Benefícios Assistenciais é imprescindível que os TITULARES estejam com o pagamento das suas contribuições em dia, assegurados os prazos legais.

Parágrafo Terceiro – Para inscrição de BENEFICIÁRIOS no Plano de Benefícios Assistenciais o TITULAR deverá quitar todos os débitos eventualmente existentes.

Parágrafo Quarto - A coparticipação financeira mencionada na alínea “c” tem como objetivo atuar como fator moderador e será cobrada em relação à utilização de consultas, exames e/ou outros procedimentos médicos e odontológicos, conforme tabelas e condições contidas nos regulamentos específicos de cada plano registrado na ANS.

- Art. 10 – As contribuições destinadas ao custeio do Plano de Benefícios Assistenciais não serão devolvidas aos participantes, salvo quando comprovadamente indevidas.
- Art. 11 – As eventuais insuficiências financeiras da CAPESESP, no que se refere ao Plano de Benefícios Assistenciais, poderão ser cobertas pelas Patrocinadoras e/ou por rateio entre os TITULARES, conforme definido pelo Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES GERAIS

- Art. 12 – A Capesesp se reserva o direito de realizar perícias médicas quando julgar necessário.
- Art. 13 – Com o objetivo de manter o equilíbrio financeiro, bem como o de disciplinar o ingresso, a manutenção e a utilização do Plano de Benefícios Assistenciais, a CAPESESP, por decisão do Conselho Deliberativo, poderá suspender novas inscrições.
- Art. 14 – Os casos omissos na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da CAPESESP.
- Art. 15 – Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo, revogando-se as disposições do Regulamento anterior.

REGULAMENTO CAPESAÚDE FAMÍLIA AMBULATORIAL

CAPÍTULO I OBJETO

Art. 1º – Este Regulamento tem por objeto estabelecer normas e diretrizes sobre a prestação continuada de assistência médica ambulatorial, por prazo indeterminado, através do Plano Coletivo Empresarial de Assistência Ambulatorial, com características de contrato de adesão, denominado CAPESAÚDE FAMÍLIA AMBULATORIAL - nº 479.566/17-1), com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Único – O presente Regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO II CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 2º – O Plano destina-se aos DEPENDENTES AGREGADOS dos TITULARES inscritos no Plano de Benefícios Assistenciais da CAPESESP.

Parágrafo Único – A adesão do grupo familiar dependerá da inscrição do TITULAR no Plano de Benefícios Assistenciais da CAPESESP.

CAPÍTULO III CUSTEIO DO PLANO

Art. 3º – O custeio do Plano de que trata este Regulamento se dá por meio de contribuição da Patrocinadora, estabelecida conforme regulamentação da administração pública direta ou indireta, bem como das contribuições que são de responsabilidade exclusiva do TITULAR para custeio do seu plano de assistência à saúde e de seus DEPENDENTES AGREGADOS, conforme parâmetros a seguir:

- I. tabela de valores de contribuição mensal por DEPENDENTE AGREGADO inscrito, de acordo com sua faixa etária, estabelecidos anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgada na página do Plano no sítio eletrônico da CAPESESP.
- II. coparticipação financeira dos BENEFICIÁRIOS pela utilização dos serviços de assistência à saúde, assim definida:
 - a. 30% dos valores de consultas de qualquer especialidade médica e consultas ou sessões de fisioterapia, acupuntura, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia e nutrição;
 - b. 20% em exames, limitada a um valor definido anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgada na página do Plano no sítio eletrônico da CAPESESP;
 - c. 30% nos demais procedimentos e eventos em saúde, equipamentos, dispositivos e outros produtos ou insumos, exceto quimioterapia, radioterapia e terapia renal, limitado a um valor definido anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgado na página do Plano no sítio eletrônico da CAPESESP.

Parágrafo Primeiro – Para a manutenção dos benefícios e em função da variação dos custos médicos, serão avaliados os resultados financeiros apresentados e revisadas anualmente as fontes de custeio, mediante aprovação do Conselho Deliberativo e posterior comunicação à ANS, dentro do prazo estabelecido na Legislação.

Parágrafo Segundo – Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contribuições serão reajustadas a cada 12 (doze) meses, contados a partir do mês de aniversário Plano.

Parágrafo Terceiro – Este Plano, classificado como coletivo empresarial, não está sujeito aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais.

Parágrafo Quarto – O valor da contribuição mensal previsto no inciso I será alterado a qualquer momento caso ocorra mudança de faixa etária do BENEFICIÁRIO, de acordo com os preços praticados na nova faixa etária alcançada, no mês seguinte ao seu aniversário.

Parágrafo Quinto – As adequações dos valores das contribuições mensais decorrentes de mudança de faixa etária não são consideradas como reajuste, nem se confundem com a revisão do custeio.

Parágrafo Sexto – As contribuições para o plano de saúde serão cobradas no próprio mês em que é garantida a cobertura.

Parágrafo Sétimo – Em caso de não pagamento na data de vencimento, o valor devido será corrigido pela Taxa SELIC, calculada de forma proporcional ao número de dias em atraso e acrescido de multa de 2% sobre o valor total do débito.

Parágrafo Oitavo – Quaisquer despesas administrativas adicionais, decorrentes do atraso do pagamento das contribuições mensais dos BENEFICIÁRIOS, serão de responsabilidade do TITULAR.

Parágrafo Nono – As contribuições referentes ao custeio deste Plano serão pagas por intermédio de boleto bancário, por débito automático em conta corrente ou qualquer outra forma de cobrança estabelecida pela CAPESESP.

CAPÍTULO IV INÍCIO DA COBERTURA

Art. 4º – A cobertura da assistência à saúde prevista neste Plano tem início a partir da data de adesão de cada BENEFICIÁRIO ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, após cumpridos os prazos de carência previstos a seguir:

- I. prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contados a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para consultas e demais procedimentos dispensados de autorização prévia (senha) e para atendimentos de urgência e emergência cobertos por planos de segmentação ambulatorial, na forma da legislação;
- II. prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para exames e tratamentos clínicos ambulatoriais que necessitam de autorização prévia (senha);
- III. prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data de adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais ou da data de pagamento da contribuição mensal inicial, o que ocorrer primeiro, para procedimentos cirúrgicos eletivos realizados em ambiente hospitalar cobertos por planos de segmentação ambulatorial, na forma da legislação;

Parágrafo Primeiro – Entende-se por “adesão ao Plano de Benefícios Assistenciais” a admissão por parte da CAPESESP do proponente como BENEFICIÁRIO, após análise e validação da proposta de inscrição e da documentação comprobatória correspondente.

Parágrafo Segundo – Caso termine a condição geradora da urgência ou emergência médica, prevista no inciso I, será obrigatório o cumprimento de todas as carências definidas neste Artigo.

Parágrafo Terceiro – Entende-se como emergência os atendimentos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente.

Parágrafo Quarto – Entende-se como atendimento de urgência os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional.

Parágrafo Quinto – Ficarão isentos de carência os DEPENDENTES AGREGADOS de servidores ou empregados admitidos, desde que estes requeiram sua inscrição no Plano de Benefícios Assistenciais até 60 (sessenta) dias após a sua admissão nas Patrocinadoras.

Parágrafo Sexto – Nos casos de urgência e emergência, fica garantido o atendimento, no limite da cobertura dos planos de segmentação ambulatorial, na forma da legislação, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência de cobertura. É assegurado, ainda, o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados do Plano, dentro da área geográfica de abrangência e atuação, respeitadas todas as regras e condições constantes do Capítulo VIII deste Regulamento.

Parágrafo Sétimo – A cobertura de que trata este Plano dar-se-á por tempo indeterminado, com renovação automática, enquanto o BENEFICIÁRIO permanecer vinculado, sem qualquer cobrança a título de taxa de renovação.

Art. 5º – Aqueles que vierem a adquirir elegibilidade como BENEFICIÁRIO, na forma do inciso II, art. 4º do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais, poderão ser inscritos sem carência, desde que o pedido de inscrição ocorra no prazo

máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir do nascimento, guarda provisória concedida na adoção ou do casamento. Após este prazo, deverão ser cumpridas as carências determinadas neste Regulamento.

Art. 6º – A transferência deste plano para qualquer outro de segmentação mais abrangente, somente será efetuada caso o TITULAR não possua débitos de qualquer natureza e implicará no cumprimento das carências previstas no Regulamento do plano para o qual será feita a transferência, para utilização das coberturas adicionais, dos tipos de acomodação, das condições de reembolso e uso da rede de atendimento específica.

CAPÍTULO V COBERTURA E ABRANGÊNCIA

Art. 7º – Serão cobertos os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, exclusivamente no Brasil, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, na forma da segmentação ambulatorial instituída pela legislação que regulamenta os planos de assistência à saúde, abrangendo:

- I. cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme definido no Parágrafo segundo deste Artigo;
- III. cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, limitada as quantidades e condições previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- IV. cobertura de sessões de psicoterapia limitada as quantidades e condições previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- V. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde

que realizados em regime ambulatorial, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

- VI. cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, respeitadas as seguintes condições:
 - a) os atendimentos de emergência estão limitados às primeiras 12 horas do atendimento; e,
 - b) o custeio da realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar eventualmente necessários é de responsabilidade do BENEFICIÁRIO, ainda que sejam realizados na mesma unidade de prestação de serviços e em tempo menor que 12 horas.
- VII. cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação, dentro dos limites do território brasileiro, conforme disciplinado no Artigo 9º e seus Parágrafos;
- VIII. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- IX. 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, assim entendidos como 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, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- X. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, 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 patentária 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 – ANVISA.
- XI. cobertura dos procedimentos de radioterapia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII. cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação ambulatorial;
- XIII. cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- XIV. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XV. cobertura das ações de planejamento familiar limitada as quantidades e condições previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Parágrafo Primeiro – A cobertura assistencial é limitada ao território nacional, independentemente do local de origem do evento, e compreende todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Segundo – A cobertura deste Plano não inclui 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.

Parágrafo Terceiro – As despesas extraordinárias não cobertas por este Plano são de exclusiva responsabilidade do TITULAR, devendo este providenciar o respectivo pagamento diretamente ao prestador de serviços.

Parágrafo Quarto – Os procedimentos ou eventos em saúde para os quais tenha sido expedida pela ANS, Diretriz de Utilização – DUT, somente terão cobertura quando for comprovado o cumprimento dos requisitos nela estabelecidos.

Art. 8º - Os procedimentos e eventos cobertos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a CAPESESP e seus prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo Primeiro - Os procedimentos serão de cobertura obrigatória exclusivamente quando realizados em regime ambulatorial, e se solicitados e devidamente justificados pelo médico assistente, conforme disposto no Artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 9º – Este Plano assegura cobertura de remoção do paciente, quando comprovadamente necessária a continuidade do tratamento, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites do território brasileiro.

Parágrafo Primeiro – A remoção prevista no caput deste Artigo está limitada à transferência para a unidade hospitalar mais próxima do local de origem.

Parágrafo Segundo – Caso não possa haver a remoção em decorrência de risco de vida, o BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento negociarão entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o Plano, desse ônus.

Parágrafo Terceiro – As modalidades de remoção cobertas pelo Plano são as seguintes:

- I. em ambulância simples com acompanhamento médico facultativo, condicionada a uma justificativa médica formal da sua necessidade;

- II. em ambulância de serviços de tratamento intensivo com acompanhamento médico para casos de pacientes gravemente enfermos ou em uso de equipamentos médico-hospitalares.

CAPÍTULO VI EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 10 – Estão excluídos de cobertura pelo Plano todos os eventos e despesas realizados em regime de internação, aqueles não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, instituído pela legislação vigente que regulamenta os planos de assistência à saúde, e ainda os seguintes procedimentos:

- I. tratamentos experimentais, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- II. procedimentos para fins estéticos, bem como quaisquer produtos utilizados para o mesmo fim, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independente da existência de indicação médica;
- III. cirurgia de qualquer natureza, exceto aquelas que possam ser realizadas em regime ambulatorial, observado o estabelecido no Parágrafo segundo do Artigo 7º;
- IV. procedimentos relacionados à inseminação artificial, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- V. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- VI. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- VII. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto aqueles previstos no mesmo instrumento como de cobertura obrigatória;
- VIII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- IX. procedimentos médicos decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- X. procedimentos odontológicos de qualquer natureza;
- XI. os tipos de remoção não previstos neste Regulamento;
- XII. despesas extraordinárias ao tratamento médico ambulatorial, assim consideradas aquelas que não estejam previstas neste Regulamento;
- XIII. qualquer serviço de atenção à saúde a ser realizado em âmbito domiciliar;
- XIV. terapias alternativas em saúde, bem como outras não previstas neste Regulamento;
- XV. despesas médicas referentes à exames periódicos;
- XVI. despesas com qualquer serviço de atenção à saúde, realizadas antes do cumprimento das carências ou da efetivação da inscrição no Plano;
- XVII. despesas com qualquer serviço de atenção à saúde, realizadas fora do território nacional;
- XVIII. procedimentos diagnósticos e terapêuticos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIX. procedimentos médico-hospitalares realizados fora da rede credenciada, sendo admitido Reembolso na forma e situações previstas neste Regulamento;
- XX. aplicação de vacinas preventivas;
- XXI. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXII. consulta, tratamento ou outro procedimento, concernentes a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

CAPÍTULO VII UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

Art. 12 – Os serviços médicos cobertos pelo Plano serão prestados através de médicos, clínicas, laboratórios e outros prestadores de serviços credenciados ou contratados.

Parágrafo Primeiro – As informações sobre a rede de prestadores de serviços credenciados de que trata o caput deste Artigo encontram-se disponíveis por meio eletrônico na página da CAPESESP na Internet ou telefônico através da central de atendimento.

Parágrafo Segundo – Eventuais alterações na rede credenciada obedecem ao disposto na legislação vigente à época.

Parágrafo Terceiro – Fica assegurado que a inclusão como contratados, referenciados ou credenciados implica compromisso para com os BENEFICIÁRIOS quanto à manutenção do estabelecimento de saúde, ao longo da vigência dos contratos, sendo facultada a substituição na forma prevista na legislação.

Parágrafo Quarto – Poderá ser disponibilizada a rede credenciada de outra operadora, fora do município sede da CAPESESP, mediante a celebração de contrato ou convênio, visando oferecer garantia de atendimento dos serviços de assistência à saúde oferecidos pelo Plano.

Art. 13 – Para serem atendidos na Rede Credenciada os BENEFICIÁRIOS deverão obrigatoriamente apresentar os seguintes documentos:

- I. cartão de identificação do Plano, dentro da validade;
- II. cédula de identidade.

Art. 14 – A exceção daqueles mencionados nos Parágrafos Primeiro e Segundo deste Artigo, todos os procedimentos custeados pelo Plano necessitam de autorização prévia (senha) para cobertura.

Parágrafo Primeiro – Fica dispensada a solicitação de autorização prévia (senha) para: consultas médicas, eletrocardiograma, procedimentos de patologia clínica (exames de laboratório) e de radiodiagnóstico simples sem uso de contrastes.

Parágrafo Segundo – Poderá ser dispensada a solicitação de autorização prévia (senha) para outros procedimentos, os quais constarão de listagem que estará disponível para consulta do BENEFICIÁRIO na página da entidade na internet.

Parágrafo Terceiro – Sempre que julgar necessário para fins de avaliação e autorização prévia o Plano poderá solicitar justificativa técnica complementar a ser fornecida pelo médico-assistente, bem como parecer de outro especialista.

Parágrafo Quarto – Fica assegurada, no caso da ocorrência de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico indicado pelo Plano e por um terceiro, escolhido de comum acordo entre as partes, cuja remuneração ficará a cargo do Plano, observado o disposto na legislação vigente sobre o assunto.

Art. 15 – Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista, independente de pertencer ou não à rede credenciada do Plano.

Art. 16 – Não serão utilizados mecanismos de “porta de entrada” ou hierarquização de acesso.

Art. 17 – O Plano poderá utilizar mecanismos de direcionamento ou referenciamento para indicação de rede de prestadores de serviços.

Art. 18 – Na hipótese de utilização de prestadores de serviços disponibilizados nos termos do Parágrafo quinto do Art. 12, poderão ser estabelecidas regras adicionais relativas a identificação do BENEFICIÁRIO e a autorização prévia para realização de procedimentos.

CAPÍTULO VIII

REEMBOLSO

Art. 19 – Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos de assistência à saúde, prestados ao BENEFICIÁRIO, no âmbito da cobertura do Plano, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela operadora, de acordo com o contido nas tabelas praticadas pelo Plano, sempre que:

- I. o serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;
- II. se configurar urgência/emergência devidamente justificada em relatório pelo profissional que executou o procedimento;
- III. houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

Parágrafo Primeiro – O pagamento do reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, de acordo com os valores pagos e limitados a até 1 (uma) vez os preços constantes nas Tabelas CAPESESP de Valores de Reembolso praticados pelo Plano na Unidade Federativa onde ocorrer o procedimento, vigente à data do evento, desde que o pedido de reembolso seja apresentado ao Plano no prazo máximo de até 01 (um) ano contado da realização do evento ou da alta hospitalar e sejam apresentados os documentos em via original elencados no Artigo 24 deste Regulamento, os quais posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

Art. 20 – As Tabelas CAPESESP de Valores de Reembolso praticadas pelo Plano estarão disponíveis em moeda corrente, para consulta do BENEFICIÁRIO na página da entidade na internet.

Art. 21 – Todas as normas definidas quanto à abrangência, cobertura, carências, exclusões, autorizações prévias (senhas), coparticipações e limites previstos neste Regulamento se aplicam também para os casos de pedidos de reembolso.

Art. 22 – O valor de reembolso não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada.

Art. 23 – Os reajustes dos valores das tabelas de reembolso ocorrerão periodicamente quando alterados os valores praticados diretamente na rede credenciada.

Art. 24 – Além do formulário próprio devidamente preenchido e assinado pelo TITULAR, é necessária a apresentação da seguinte documentação original para solicitação do reembolso:

- I. Nos casos de consultas médicas:

- a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): recibo de pagamento a autônomo – RPA ou similar;
 - b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços;
- II. Na hipótese da despesa se referir à realização de exames, pequenos atendimentos e tratamentos sequenciais:
- a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): RPA ou similar e o pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do procedimento;
 - b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços e o pedido médico contendo a indicação clínica que justifique a realização do procedimento.
- III. Nos casos de remoções:
- a. nota fiscal de prestação de serviços;
 - b. conta analítica em papel timbrado da empresa, contendo a discriminação de todos os gastos provenientes da remoção, tais como o tipo de ambulância utilizada (simples ou UTI), o trajeto percorrido, citando o local de origem e destino da remoção, bem como a quantidade de quilômetros rodados;
 - c. relatório médico que comprove a adequação do pedido de reembolso ao estabelecido no art. II.
- IV. Nas solicitações de reembolso de despesas com lentes intra-oculares:
- a. nota fiscal emitida pelo fornecedor que efetuou a venda do produto ao BENEFICIÁRIO, contendo o nome do paciente, a marca e o tipo de lente intraocular comercializada e o valor cobrado;
 - b. relatório do médico oftalmologista, contendo o diagnóstico e a data da cirurgia por meio da qual a lente intraocular foi implantada.

Parágrafo Primeiro – No RPA deve constar a devida identificação do médico assistente, com nome, n.º do CPF, n.º do CRM; endereço do consultório e assinatura, bem como a discriminação do nome do paciente atendido; os eventos realizados, seus respectivos valores unitários ou totais; a data de cada atendimento, inclusive no caso de tratamentos sequenciais, bem como a especialidade médica, nos casos de consulta.

Parágrafo Segundo – Na nota fiscal de serviços devem constar a devida identificação da instituição, com nome, n.º do CNPJ, n.º da inscrição estadual, n.º da inscrição municipal e endereço, bem como a discriminação do nome do paciente atendido; os eventos realizados, seus respectivos valores unitários e totais; a data de cada atendimento, inclusive no caso de tratamentos sequenciais, bem como a especialidade médica, nos casos de consulta.

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES GERAIS

- Art. 25 – A CAPESESP poderá firmar convênios com outras entidades, com a anuência do Conselho Deliberativo, para utilização dos serviços oferecidos pelo Plano e para ampliar a rede de atendimento aos seus participantes.
- Art. 26 – São partes integrantes deste Regulamento todos os documentos entregues ao BENEFICIÁRIO que tratem de assuntos pertinentes este Plano de saúde, dentre esses: Proposta de Adesão, Tabela de Reembolso, Guia do BENEFICIÁRIO, e Guia de Leitura Contratual.
- Art. 27 – Os casos omissos na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da CAPESESP.

CAPÍTULO X ELEIÇÃO DE FORO

- Art. 28 – As partes elegem o foro da comarca do contratante para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste contrato, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANS - Nº 324477



CAPESESP

REGULAMENTO
CAPESAÚDE
FAMÍLIA AMBULATORIAL
Reg. ANS Nº 479.566/17-1