CAPESESP

# REGULAMENTO CAPESAÚDE ESSENCIAL NACIONAL

Reg. ANS Nº 479.447/17-8

ANS - Nº 324477

## ÍNDICE

### REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS


| | Página |
|---|---|
| OBJETO | 4 |
| BENEFICIÁRIOS | 4 |
| BENEFÍCIOS | 7 |
| INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO | 9 |
| CUSTEIO | 12 |
| DISPOSIÇÕES GERAIS | 13 |


### REGULAMENTO CAPESAÚDE ESSENCIAL NACIONAL


| | Página |
|---|---|
| OBJETO | 14 |
| CONDIÇÕES DE ADMISSÃO | 14 |
| CONTRIBUIÇÕES PARA CUSTEIO DO PLANO | 14 |
| INÍCIO DA COBERTURA | 17 |
| COBERTURA E ABRANGÊNCIA | 20 |
| EXCLUSÕES DE COBERTURA | 30 |
| UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA | 33 |
| REEMBOLSO | 35 |
| DISPOSIÇÕES GERAIS | 39 |
| ELEIÇÃO DE FORO | 39 |

## 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 manutenção 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, conforme 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 escrita do TITULAR;

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.

Parágrafo Sexto - Os desligamentos efetuados por solicitação escrita do TITULAR durante o mês só poderão ser efetivados com vigência a partir

do 1º dia do mês subsequente, não gerando, dessa forma, devolução proporcional de contribuição mensal.

## 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.

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 assuma 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 ESSENCIAL NACIONAL

## CAPÍTULO I

## OBJETO

Art. 1º – Este Regulamento tem por objeto estabelecer normas e diretrizes sobre a prestação continuada de assistência médico-hospitalar, na forma do Art. 1º., inciso I da Lei 9656/98, por prazo indeterminado, através do Plano Coletivo Empresarial de Assistência Ambulatorial e Hospitalar, com Obstetrícia, com características de contrato de adesão, sem a cobrança de coparticipação ou franquia, denominado CAPESAÚDE ESSENCIAL NACIONAL (produto no 479.447/17-8), 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 TITULARES inscritos no Plano de Benefícios Assistenciais da CAPESESP e seus respectivos DEPENDENTES NATURAIS.

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

## CAPÍTULO III

## CONTRIBUIÇÕES PARA CUSTEIO DO PLANO

Art. 3º – O custeio do Plano de que trata este Regulamento é composto pela soma dos seguintes itens:

I – contribuições da Patrocinadora, relativas à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor público;

II – contribuições do TITULAR, relativas a cada beneficiário componente do seu grupo familiar;

Parágrafo Primeiro – A contribuição mensal total per capita destinada ao custeio do Plano, relativa ao TITULAR e a cada DEPENDENTE inscrito, de acordo com sua faixa etária, a ser rateada entre PATROCINADORES e BENEFICIÁRIOS será aprovada anualmente pelo Conselho Deliberativo e divulgada na página do Plano no sítio eletrônico da CAPESESP.

Parágrafo Segundo – A contribuição patronal mensal terá por base a dotação específica consignada no orçamento da Patrocinadora para o custeio da assistência à saúde suplementar de seus servidores vigente à época, definidas através de Portarias específicas publicadas no Diário Oficial da União.

Parágrafo Terceiro – A contribuição mensal dos BENEFICIÁRIOS será resultante da diferença entre o valor per capita estabelecido no Parágrafo Primeiro e a contribuição patronal mencionada no Parágrafo Segundo e será apresentada na página do Plano no sítio eletrônico da CAPESESP.

Parágrafo Quarto – O valor total relativo à contribuição mensal de responsabilidade do TITULAR corresponde ao somatório dos valores referentes a cada beneficiário componente do seu grupo familiar básico, estabelecido na forma do Parágrafo Terceiro.

Parágrafo Quinto – O valor total da contribuição mensal previsto no Parágrafo Segundo poderá ser alterado:

I. a qualquer tempo, quando houver alteração no salário do TITULAR que implique na mudança de faixa dentre as previstas na Tabela de contribuição patronal;

II. quando ocorrer alteração na idade de quaisquer dos beneficiários que importe em mudança de faixa etária;

III. quando ocorrer a inclusão ou exclusão de beneficiário;

IV. anualmente, por ocasião da revisão do custeio, independentemente da data da inclusão do beneficiário.

Parágrafo Sexto – As adequações dos valores das contribuições mensais decorrentes das alterações mencionadas nas alíneas de I a III do Parágrafo Oitavo, não são consideradas como reajuste, nem se confundem com a revisão do custeio.

Parágrafo Sétimo – Os TITULARES que inscreverem DEPENDENTES previstos no Parágrafo Segundo do Artigo 4º e no Parágrafo Quinto do Artigo 7º, ambos do Regulamento do Plano de Benefícios Assistenciais, deverão arcar com os valores estabelecidos na tabela específica de contribuição vigente, acrescida da parcela equivalente à de responsabilidade Patronal, correspondente ao seu respectivo enquadramento na faixa de remuneração do TITULAR, bem como na faixa etária do próprio BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Oitavo – Para a manutenção dos benefícios e em função da variação dos custos médicohospitalares, 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 Nono – Os valores das contribuições previstas na Tabela constante do Parágrafo Primeiro serão reajustados no mês de aniversário Plano.

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

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

Parágrafo Décimo Segundo – Os valores devidos que, por qualquer motivo, não tiverem sido descontados em folha salarial deverão ser pagos por intermédio de boleto bancário emitido pela CAPESESP ou por qualquer outra forma de cobrança que venha a ser estabelecida.

Parágrafo Décimo Terceiro – Em caso de não pagamento na data de vencimento, o valor devido será corrigido pela Taxa SELIC calculado de

forma proporcional ao número de dias em atraso e acrescido de multa de 2% sobre o valor total do débito.

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

## 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, consideradas como tais na forma da legislação, inclusive internações;

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) assim como para internações hospitalares para tratamento clínico;

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, sob qualquer tipo de permanência (ambulatorial, hospital-dia ou internação);

IV. prazo de 300 (trezentos) 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 partos a termo.

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 – São considerados partos a termo aqueles decorrentes de gestação entre 37 (trinta e sete) semanas completas a menos de 42 (quarenta e duas) semanas completas (259 a 293 dias completos).

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

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

Parágrafo Sétimo – Ficarão também isentos de carência os servidores ou empregados de um novo Órgão, Entidade ou Empresa, quando da assinatura de convênio com a CAPESESP, bem como seus DEPENDENTES naturais, desde que requeiram sua inscrição no Plano de Benefícios Assistenciais em até 60 (sessenta) dias após a publicação do convênio.

Parágrafo Oitavo – No caso de falecimento do TITULAR, serão aceitas inscrições de seus BENEFICIÁRIOS, respeitadas as normas vigentes, desde que estes sejam pensionistas do ex-associado. Caso estas inscrições ocorram em até 60 (sessenta) dias do falecimento do TITULAR, não será exigido o cumprimento de novas carências regulamentares.

Parágrafo Nono – Nos casos de urgência e emergência, fica garantido o

atendimento, sem restrições, inclusive de internação desde a admissão até a alta, 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 Décimo – A cobertura de que trata este Plano dar-se-á por tempo indeterminado, com renovação automática, enquanto o TITULAR permanecer vinculado, sem qualquer cobrança a título de taxa de renovação.

Art. 5º – O recém-nascido, filho natural ou adotivo, assim como o cônjuge, 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.

Parágrafo Primeiro – Para os demais casos de recém-nascidos que não possam ser incluídos no plano, por não serem DEPENDENTES aceitos, cujo parto foi coberto pelo Plano, é garantido o atendimento durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, a partir de quando cessará a cobertura automaticamente, não sendo permitida a permanência no plano.

Art. 6º – Fica assegurada a inscrição, como DEPENDENTE NATURAL, do menor de 18 (dezoito) anos, filho adotivo, menor sob guarda ou sob tutela judicial do TITULAR, inscrito até o prazo máximo de 60 (sessenta) dias a partir do deferimento da medida pelo juízo, incluindo a guarda provisória, isenta do cumprimento dos períodos de carência, mesmo que o TITULAR esteja cumprindo carências. Após este prazo deverão ser cumpridas as carências determinadas neste Regulamento.

Art. 7º – A transferência deste plano para outro com padrão de acomodação em quarto individual 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 foi feita a transferência, a contar da data da efetivação da transferência, para utilização do tipo de acomodação, das condições de reembolso e uso da rede de atendimento específica.

## CAPÍTULO V

## COBERTURA E ABRANGÊNCIA

Art. 8º – Serão cobertos os atendimentos ambulatoriais e hospitalares, inclusive os obstétricos, realizados exclusivamente no Brasil, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela legislação que regulamenta os planos de assistência à saúde, vigente à época do evento, 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;

III. cobertura de medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente interno de uma unidade de saúde, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IV. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

V. cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

VI. 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;

VII. 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.

VIII. cobertura dos procedimentos de radioterapia descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

IX. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, com padrão de acomodação em quarto coletivo (enfermaria) e em centro de terapia intensiva, ou similar, a critério do médico assistente, sendo assegurado o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar, quando do momento da internação, nos estabelecimentos credenciados pelo Plano;

X. cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

XI. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XII. procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, sendo garantidas: coberturas das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislação vigente, relativa a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

XIII. transplantes de coração, fígado, pulmão, córnea, rins, medula óssea e outros que estejam listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, de acordo com a legislação específica, entendendo-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, inclusive:

a. As despesas assistenciais com doadores vivos;

b. Os medicamentos utilizados durante a internação;

c. O acompanhamento clínico nos pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, entendidos como tais, aqueles utilizados em regime domiciliar, inclusive para prevenir ou evitar a rejeição;

d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XIV. cobertura para os seguintes procedimentos, quando previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar: hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD; quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso VI deste artigo e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral; procedimentos radioterápicos; hemoterapia; nutrição parenteral ou enteral; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; embolizações; radiologia intervencionista; exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; procedimentos de reeducação e reabilitação física;

XV. cobertura de todos os atendimentos nos casos de planejamento familiar descritos no Rol deProcedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XVI. cobertura de participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica tecnicamente justificada.

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 de despesas com internação hospitalar abrange:

I. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente;

II. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

III. fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IV. cobertura de taxas, materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites do território brasileiro, conforme disciplinado no Artigo 9º e seus Parágrafos;

V. cobertura de despesas de acomodação e alimentação de acompanhante, no caso de crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente; mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;

VII. cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, desde que não sejam consideradas cirurgias estéticas ou etapa preliminar/preparo para a realização posterior de implante dentário, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de

medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

VIII. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

Parágrafo Terceiro – Para fins do disposto no Inciso VIII do Parágrafo Segundo, deste artigo:

I. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;

II. 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 a segurança necessária ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

III. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura abrangida por este Regulamento.

Parágrafo Quarto – Para fins do disposto neste Regulamento, estão cobertas as órteses, próteses e materiais especiais – OPME, classificadas como materiais utilizados pela medicina no país em listagem disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet, devendo ser observado o seguinte:

I. Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e

materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento;

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; e

III. Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a uma junta médica constituída na forma do parágrafo quinto do art. 15.

Parágrafo Quinto – Nos casos de internação hospitalar, 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 Sexto – Os procedimentos de transplante, previstos neste Regulamento, deverão submeter-se à legislação específica vigente, devendo ser observado o seguinte:

I. Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitarse-ão ao critério de fila única de espera e de seleção, conforme estabelecido na legislação vigente;

II. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento Técnico e a legislação vigente do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT; e

III. São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

a. determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

b. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Parágrafo Sétimo – Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias, bem como aqueles realizados por técnicas minimamente invasivas, somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Parágrafo Oitavo – 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.

Parágrafo Nono – Não haverá cláusula de Cobertura Parcial ou Agravo, nos casos de doença e lesão preexistente.

Art. 9º – Além do disposto no artigo anterior, este Plano assegura a cobertura aos seguintes serviços e tratamentos com as limitações previstas por BENEFICIÁRIO:

I. Nos casos de transtornos mentais:

a. cobertura de todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

b. cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, assim entendido como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao BENEFICIÁRIO a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

c. custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica no transcorrer de 1 (um) ano de contrato.

II. Cirurgias plásticas reparadoras exclusivamente destinadas a restaurar as funções de órgão ou membro alterado por acidente pessoal ou decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

III. Nos casos das consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo a cobertura é limitada às condições e ao número de sessões estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

IV. Nos casos de Obstetrícia, a cobertura deste Plano compreende, ainda, os procedimentos relativos ao prénatal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

a. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

1) pré-parto;

2) parto; e

3) pós–parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

b. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

c. opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, 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.

Parágrafo Primeiro – A atenção à saúde dos portadores de transtornos mentais terá como princípio a adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo Segundo – 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.

Parágrafo Terceiro – Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente e de acordo com o disposto no artigo 9º deste Regulamento.

Art. 10 - 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 quando solicitados e devidamente justificados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

Parágrafo Segundo - Os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgiãodentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010.

Art. 11 – Este Plano assegura cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites do território brasileiro.

Parágrafo Primeiro – A remoção prevista no caput deste artigo ocorrerá somente quando a unidade hospitalar de destino possuir recursos humanos e físicos necessários ao tratamento, inexistentes na de origem.

Parágrafo Segundo – A remoção prevista no caput deste artigo está limitada à transferência para a unidade hospitalar credenciada localizada no município mais próximo do local de origem.

Parágrafo Terceiro – Nos casos em que o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo período de carência, fica garantida a cobertura de remoção após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência. 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. Entretanto, será coberto por este Plano a remoção do paciente para uma unidade do SUS visando a continuidade do atendimento. Para tanto, será disponibilizada ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando a responsabilidade deste Plano sobre o custeio da remoção e das despesas médicas do paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Parágrafo Quarto – 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, internados em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, ou Unidade Intermediária – UI, ou em uso de equipamentos médico-hospitalares.

Parágrafo Quinto – As remoções poderão ocorrer entre:

I. Hospitais ou clínicas credenciados, nos casos de realização de exames complementares ou outros procedimentos não disponíveis no estabelecimento de origem ou para transferir definitivamente o paciente para outra clínica/hospital, por falta de condições técnicas ou de serviços;

II. Estabelecimentos não credenciados para a rede credenciada, desde que mantida a internação;

III. Hospital/clínica para residência do BENEFICIÁRIO, caso haja comprovadamente impossibilidade total do paciente locomover-se por meios próprios nos casos em que a alta hospitalar esteja dependendo da remoção;

IV. Residência para hospital/clínica credenciada, apenas quando houver comprovada impossibilidade do paciente locomover-se por meios próprios e se o paciente permanecer internado após atendimento no hospital/clínica;

V. Hospital credenciado para hospital integrante do SUS, nos casos previstos na legislação.

Parágrafo Sexto – Nos casos em que, devido às condições clínicas do BENEFICIÁRIO, se verificar ausência de capacidade de dar continuidade ao atendimento na localidade e que a remoção terrestre em ambulância não for possível em decorrência da distância, o Plano garantirá a transferência inter-hospitalar aérea para o município mais próximo com capacidade de atendimento, através da contratação direta de prestadores, desde que atendidas as seguintes condições:

I. não exista possibilidade, comprovada por documentação pertinente, de prestar o atendimento no município em que ocorreu a doença ou agravo à saúde;

II. que a transferência seja de um hospital de menor recurso para um que possua comprovada capacidade de atendimento;

III. que existam condições técnicas, definidas em legislação específica, para o transporte aeromédico;

IV. exista autorização expressa para a transferência emitida pelo médico assistente;

V. exista vaga garantida para a internação no hospital de destino.

## CAPÍTULO VI

## EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 12 – Estão excluídos de cobertura pelo Plano todos os eventos e despesas 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, bem como os seguintes procedimentos:

I. tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses 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 plástica estética de qualquer natureza;

IV. 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. tratamentos em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VII. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme assim definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

VIII. 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;

IX. 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;

X. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e legal, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI. procedimentos médico-hospitalares decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII. procedimentos odontológicos, com exceção dos eventos buco-maxilares e aqueles que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;

XIII. os tipos de remoção não previstos neste Regulamento;

XIV. despesas extraordinárias quando da internação, assim consideradas aquelas que não estejam previstas neste Regulamento;

XV. diárias de acompanhantes em internações, salvo nas seguintes situações: crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos; idosos a partir do 60 (sessenta) anos de idade; portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente; mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

XVI. enfermagem em caráter particular seja em âmbito hospitalar ou domiciliar;

XVII. terapias alternativas em saúde, bem como outras não previstas neste Regulamento;

XVIII. transplantes, exceto os de coração, fígado, pulmão, córnea, rins e medula óssea;

XIX. despesas médico-hospitalares referentes à exames periódicos;

XX. despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, realizadas antes do cumprimento das carências ou da efetivação da inscrição no Plano;

XXI. despesas médicas, laboratoriais e hospitalares, de qualquer natureza, efetuadas em prestadores de serviços localizados fora do território nacional;

XXII. procedimentos diagnósticos e terapêuticos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XXIII. procedimentos médico-hospitalares realizados fora da rede credenciada, sendo admitido Reembolso na forma e situações previstas neste Regulamento;

XXIV. aplicação de vacinas preventivas;

XXV. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXVI. aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

XXVII. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXVIII. consulta, tratamento ou outro procedimento, concernentes a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

## CAPÍTULO VII

## UTILIZAÇÃO DA REDE CREDENCIADA

Art. 13 – Os serviços médicos e hospitalares cobertos pelo Plano serão prestados através de médicos, clínicas, laboratórios, hospitais 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 – Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. Excetuam-se do aqui disposto, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Quinto – 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. 14 – 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. 15 – Os seguintes procedimentos necessitam de autorização prévia (senha) para cobertura:

I. internações de qualquer natureza, inclusive aquelas sob a forma de hospital-dia;

II. todos os procedimentos médico-hospitalares que forem realizados em caráter ambulatorial, exceto os previstos no Parágrafos Primeiro e Segundo deste Artigo;

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 – Para as internações comprovadamente de urgência e emergência, a solicitação de senha poderá ser feita no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após a admissão ou início do atendimento no estabelecimento hospitalar, para a formalização da autorização do Plano para a respectiva internação.
Parágrafo Quarto – 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 Quinto – 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. 16 – 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. 17 – Não serão utilizados mecanismos de "porta de entrada" ou hierarquização de acesso.

Art. 18 – O Plano poderá utilizar mecanismos de direcionamento ou referenciamento para indicação de rede de prestadores de serviços.

Art. 19 – Na hipótese de utilização de prestadores de serviços disponibilizados nos termos do parágrafo quinto do Art. 13, poderão ser estabelecidas regras adicionais relativas a identificação do BENEFICIÁRIO e a autorização prévia para realização de procedimentos.

## CAPÍTULO VIII

## REEMBOLSO

Art. 20 – Será assegurado o reembolso dos valores decorrentes de atendimentos de assistência à saúde, prestados ao BENEFICIÁRIO, na área de 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 art. 24 deste Regulamento, os quais posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial.

Art. 21 – Além do previsto no art. 20, o BENEFICIÁRIO terá direito ao acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede credenciada também sob a forma de reembolso, exclusivamente para cobertura de consultas médicas.

Parágrafo Único - O valor do reembolso está limitado ao correspondente a até 1 (uma) vez o preço constante da Tabela CAPESESP de Valores de Reembolso de Consultas Médicas praticados pelo Plano na Unidade Federativa onde ocorrer o procedimento.

Art. 22 – 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. 23 – Todas as normas definidas quanto à abrangência, cobertura, carências, exclusões, autorizações prévias (senhas) e limites previstos neste Regulamento se aplicam também para os casos de pedidos de reembolso.

Art. 24 – O valor de reembolso não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada.

Art. 25 – Os reajustes dos valores das tabelas de reembolso ocorrerão periodicamente quando alterados os valores praticados diretamente na rede credenciada.

Art. 26 – 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 honorários médicos decorrentes de internações:

a. quando o prestador de serviços é um profissional autônomo (pessoa física): RPA e o relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência;

b. quando o prestador de serviços é uma pessoa jurídica: nota fiscal de prestação de serviços e o relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.

IV. Na hipótese de reembolso de despesas hospitalares decorrentes de uma internação:

a. nota fiscal de prestação de serviços;

b. conta hospitalar analítica em papel timbrado da empresa, contendo a discriminação de todos os gastos provenientes da internação, período, tipo de acomodação e principais intercorrências;

c. relatório médico contendo o diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência.

V. 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. 11.

VI. 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.

Art. 24 - Os pedidos de reembolso de qualquer natureza, deverão ser apresentados ao Plano no prazo máximo de 1 (um) ano contados da realização do evento ou alta hospitalar, sendo pagos no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

## CAPÍTULO IX

## DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27 – 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. 28 – Em situações especiais, a Diretoria competente poderá analisar casos não cobertos pelo Plano, ocasião em que avaliará a possibilidade de cobrir total ou parcialmente os custos do procedimento, em função de fatores excepcionais.

Art. 29 – 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. 30 – Os casos omissos na aplicação deste Regulamento serão analisados pela Diretoria Executiva da CAPESESP.

## CAPÍTULO X

## ELEIÇÃO DE FORO

Art. 31 – 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.