



REGULAMENTO

PLANO III



CompesaSaúde

REGULAMENTO

DADOS DA OPERADORA

Razão Social: FUNDAÇÃO COMPESSA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA;

Nome de Fantasia: COMPESAPREV;

Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ:
12.585.261/0001-08;

Registro da Operadora na ANS: 30775-1;

Classificação da Operadora na ANS: Autogestão com patrocinador;

Endereço completo: Rua Augusto Rodrigues, 60, Bairro do Torreão,
Recife - PE, CEP 52.030-215.

DADOS DA PATROCINADORA

Razão Social: COMPESSA - Companhia Pernambucana de Saneamento

CNPJ: 09.769.035/0001-64

Endereço: Avenida Cruz Cabugá, 1387 - Santo Amaro - Recife - PE.

DADOS DO PRODUTO

Nome Comercial: CompesaSaúde Plano III;

Número de registro do plano na ANS: 472126148;

Tipo de contratação: Coletivo Empresarial;

Segmentação assistencial do plano de saúde: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia;

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: Estadual;

Área de atuação do plano de saúde: Pernambuco;

Padrão de acomodação em internação: Acomodação Enfermaria;

Formação do preço: Pré-Estabelecido.

Tema I - Atributos do Contrato

A Fundação COMPESA de Previdência e Assistência, doravante denominada COMPESAPREV, entidade fechada de Previdência Complementar, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 12.585.261/0001-08, com sede na Rua Augusto Rodrigues, nº 60, Recife/PE, Operadora de Plano de Assistência à Saúde, registrada na ANS sob o nº 30775-1, classificada como Autogestão em Saúde Suplementar, com atuação no Estado de Pernambuco, é a instituição que administrará o CompesaSaúde Plano III, objeto deste Regulamento, plano este Patrocinado pela Companhia Pernambucana de Saneamento - COMPESA, situada em Recife/PE, nos termos a seguir.

Artigo 1º - O CompesaSaúde Plano III tem por objeto a Prestação continuada de Serviços de Assistência à Saúde dos empregados ativos e inativos da PATROCINADORA, bem como seus respectivos dependentes e pensionistas regularmente inscritos, com a finalidade de garantir a assistência médico-hospitalar e odontológica, visando a prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, abrangendo as coberturas descritas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigentes à época do evento, com cobertura para todas as doenças do CID-10, em consonância com o inciso I, do art. 1º, da Lei no 9.656/1998.

Artigo 2º - O CompesaSaúde Plano III se define como um plano de saúde de contratação coletiva empresarial, em sistema de preço pré-estabelecido, com área geográfica de abrangência restrita ao Estado de Pernambuco, com segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia, com acomodação hospitalar em enfermaria, e na modalidade autogestão patrocinada, para todos os beneficiários inscritos na forma deste regulamento.

Artigo 3º - O presente Regulamento tem por objetivo traçar as diretrizes do Plano, que possui, com relação à sua natureza jurídica, as seguintes características: contrato de adesão, bilateral, oneroso, aleatório, de vínculo coletivo, com ausência de fins lucrativos, que geram direitos e obrigações para ambas às partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Novo Código Civil, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Tema II - Condições de Admissão

Artigo 4º - A adesão ao CompesaSaúde Plano III é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento, bem como a adesão do grupo familiar dependerá da participação do Beneficiário Titular.

Parágrafo 1º - Poderão ser inscritos no CompesaSaúde Plano III, como Beneficiários Titulares, a população delimitada e vinculada à PATROCINADORA por relação empregatícia, compreendida pelos empregados do quadro ativo da PATROCINADORA, ou não-empregados nas funções de confiança de Assessor, Assessor Executivo, Assessor de Comunicação e Imprensa, Assessor de Relacionamento Institucional, Assessor de Planejamento Empresarial, Assessor de Desenvolvimento Empresarial, Secretário Geral, Secretário de Governança, Assessor de Monitoramento de Investimentos, Assessor de Capacitação e Controle de Investimentos, Ouvidor, Chefe de Gabinete e Secretário Jurídico, na condição de Empregado em Comissão, ad nutum, os ex-empregados aposentados, demitidos ou exonerados sem justa causa e pensionistas de ativos ou aposentados falecidos, desde que todos permaneçam como sócios da COMPESAPREV,

Parágrafo 2º - Poderão ainda ser inscritos no plano, os Beneficiários Dependentes e Agregados descendentes do Titular quando da vigência do contrato de trabalho do Beneficiário Titular com a PATROCINADORA ou da aposentadoria ou falecimento, desde que participante de um dos Planos de natureza Previdenciária da COMPESAPREV, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou falecido, no período de manutenção da condição de beneficiário.

Parágrafo 3º - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano. A pensionista, mesmo sendo considerada titular, não poderá incluir novo dependente, com a exceção de filho concebido antes do falecimento do ativo ou aposentado da PATROCINADORA.

Parágrafo 4º - O recém-nascido, filho natural ou adotivo

do beneficiário titular, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravamento, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

Parágrafo 5º - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Parágrafo 6º - Os Agregados somente poderão ser inscritos após 60 (sessenta) dias de início do Plano.

Artigo 5º - São denominados beneficiários do CompesaSaúde Plano III, os que se enquadrarem nas seguintes condições:

I - Beneficiários Titulares:

A. Empregados do quadro ativo da COMPESA, ou não-empregados nas funções de confiança de Assessor, Assessor Executivo, Assessor de Comunicação e Imprensa, Assessor de Relacionamento Institucional, Assessor de Planejamento Empresarial, Assessor de Desenvolvimento Empresarial, Secretário Geral, Secretário de Governança, Assessor de Monitoramento de Investimentos, Assessor de Capacitação e Controle de Investimentos, Ouvidor, Chefe de Gabinete e Secretário Jurídico, na condição de Empregado em Comissão, ad nutum, associados à COMPESAPREV;

B. Aposentados da COMPESA, desde que associado à COMPESAPREV;

C. Empregados da COMPESA com contrato de trabalho suspenso, enquanto durar esta condição, desde que continue associado à COMPESAPREV;

D. Sócios autopatrocinados;

E. Beneficiários Titulares do CompesaSaúde Planos I e II que migrem para o Plano III;

F. Pensionistas de ativos ou aposentados falecidos, desde que sejam dependentes legais dos mesmos, e tenham sido, ao tempo de sua morte, associados da COMPESAPREV;

II - Beneficiários Dependentes:

- A. Cônjuge ou companheiro(a);
- B. Filhos e equiparados, menores de 21 anos, desde que estejam estes sob guarda ou tutela;
- C. Filhos ou curatelados, maiores de 21 anos inválidos;
- D. Filhos ou curatelados entre 21 a 24 anos, desde que estejam cursando ensino superior de Graduação, Pós Graduação, Mestrado, Doutorado ou Especialização, e que não possuam renda própria;
- E. Enteados, desde que sob a tutela ou curatela do Titular.

III - Agregados:

- A. Filhos, tutelados ou curatelados que perderam a condição de dependentes legais;
- B. Netos do Titular.

Tema III - Coberturas e Procedimentos Garantidos

Artigo 6º - A Operadora cobrirá os custos, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 12, incisos I, II, III e IV da Lei nº 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde, no que se aplicam ao Plano.

Parágrafo 1º - A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

Parágrafo 2º - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos

em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Parágrafo 3º - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Parágrafo 4º - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Parágrafo 5º - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

Artigo 7º - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, observadas as seguintes coberturas:

I - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, nos termos deste contrato, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III - Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, solicitados e indicados pelo médico assistente, respeitando os limites estabelecidos pela legislação em vigor na época da solicitação;

IV - Procedimentos de reeducação e reabilitação física definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

V - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VI - Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

A. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

B. quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

C. radioterapia, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

D. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem 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 descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

E. hemoterapia ambulatorial; e

F. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

VIII - Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

Artigo 8º - A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento hospitalar com obstetrícia, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e inclui:

- I. Atendimento nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA);
- II. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- III. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV. Diárias de internação hospitalar, na acomodação em enfermaria;
- V. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- VI. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento hospitalar com obstetrícia, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos,

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

- VII.** Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- VIII.** Toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados;
- IX.** Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- X.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XI.** Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XII.** Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XIII.** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitam de internação hospitalar;
- XIV.** Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;
- XV.** Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados:

- A.** Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- B.** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- C.** Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- D.** Hemoterapia;
- E.** Nutrição parenteral e enteral;
- F.** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ambulatorial;
- G.** Embolizações, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- H.** Radiologia intervencionista;
- I.** Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- J.** Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- K.** Acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

- XVI.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- XVII.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XVIII.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;
- XIX.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- XX.** Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, compreendendo:

- A.** Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- B.** Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- C.** Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- D.** Hemoterapia;
- E.** Nutrição parenteral e enteral;
- F.** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ambulatorial;
- G.** Embolizações, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- H.** Radiologia intervencionista;
- I.** Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- J.** Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- K.** Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

- XVI.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- XVII.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XVIII.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;
- XIX.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- XX.** Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infringidas, compreendendo:

- A.** Custeio integral de internação;
- B.** A cobertura do tratamento em regime de hospital-

dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XXI. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica, abrange, no que couber:

- A.** as despesas assistenciais com doadores vivos;
- B.** os medicamentos utilizados durante a internação;
- C.** o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- D.** as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- E.** o beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

Artigo 9º - A cobertura odontológica compreende todos os procedimentos odontológicos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, incluindo:

- I.** Os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.
- II.** Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato.

Tema IV - Exclusões de Cobertura

Artigo 10 - Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento do plano e os provenientes dos seguintes casos:

- I.** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da Operadora e sem atendimento às condições previstas no regulamento;
- II.** Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos;
- III.** Enfermagem em caráter particular;
- IV.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- V.** Avaliações pedagógicas;
- VI.** Orientações vocacionais;
- VII.** Atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela Operadora em substituição à internação hospitalar;
- VIII.** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- IX.** Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
- X.** Inseminação artificial;
- XI.** Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XII.** Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- XIII.** Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XIV.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XV.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XVI.** Assistência médica/odontológica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- XVII.** Asilamento de idosos;
- XVIII.** Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- XIX.** Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- XX.** Aplicação de vacinas;
- XXI.** Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
- A.** acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos;
 - B.** acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
 - C.** despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- XXII.** Tratamentos ortodônticos;
- XXIII.** Próteses metalocerâmicas e de porcelana;
- XXIV.** Implantes e transplantes ósseos;
- XXV.** Transplantes, à exceção de córnea, rim e dos transplantes autólogos;
- XXVI.** Restaurações utilizando porcelana;
- XXVII.** Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XXVIII.** Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- XXIX.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;
- XXX.** Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXI.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano; e
- XXXII.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Tema V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Artigo 11 - A vigência inicial deste contrato é de 12 (doze) meses, com o início na data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

Parágrafo Único - Este contrato e o referido convênio de adesão terão renovação automática, na data do seu aniversário, por prazo indeterminado, caso não haja qualquer oposição de qualquer das partes, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada à incidência de qualquer período adicional de carência.

Tema VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Artigo 12 - Os benefícios previstos neste Regulamento serão devidos e cobertos somente depois de cumpridas as carências abaixo indicadas pelo Beneficiário, contadas a partir do aceite da Proposta de Adesão:

Período de Carência	Cobertura
Sem carência	<p>a) Para os beneficiários titulares e dependentes incluídos em até 60 (sessenta) dias da data de início do Plano ou da admissão do empregado na PATROCINADORA;</p> <p>b) Para beneficiários que migrarem do CompesaSaúde Planos I e II;</p> <p>c) Filho natural ou adotivo incluído em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção que satisfaça a condição de dependente do titular.</p>
24 horas	Procedimentos de urgência e emergência.
30 dias	Consultas Médicas e Odontológicas.
60 dias	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, Atendimentos Ambulatoriais e Odontológicos.
90 dias	Exames de Imagem, Procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia em regime ambulatorial, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Nutrição.
180 dias	Internações Clínicas e Cirúrgicas.
300 dias	Parto.

Tema: VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Artigo 13 - O beneficiário deverá informar à Operadora, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo 1º - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Parágrafo 2º - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Parágrafo 3º - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Parágrafo 4º - Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Parágrafo 5º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Parágrafo 6º - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Tema: VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Artigo 14 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Operadora oferecerá a cobertura parcial temporária.

Parágrafo 1º - Caso a Operadora não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravado.

Parágrafo 2º - Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Parágrafo 3º - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a Operadora somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo 4º - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época da contratação.

Parágrafo 5º - É vedada à Operadora a alegação de doença ou lesão preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Artigo 15 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Operadora e prevista na Lei nº 9.656/1998.

Artigo 16 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a

Operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

Parágrafo 1º - Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.

Parágrafo 2º - A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

Parágrafo 3º - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Parágrafo 4º - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Parágrafo 5º - Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela Operadora, bem como será excluído do contrato.

Parágrafo 6º - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Artigo 17 - Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até sessenta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica PATROCINADORA.

TEMA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SEÇÃO I - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Artigo 18 - É obrigatória por parte da Operadora a cobertura do atendimento nos casos de:

I - urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Artigo 19 - A Operadora garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

Artigo 20 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação;

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Artigo 21 - Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

SEÇÃO II - DA REMOÇÃO

Artigo 22 - A remoção do paciente será garantida pela Operadora nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

Subseção I - Da Remoção para o SUS:

Artigo 23 - À Operadora caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Parágrafo 1º - Quando não puder haver remoção por risco de vida, a PATROCINADORA e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora desse ônus.

Parágrafo 2º - A Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Parágrafo 3º - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a Operadora desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

SEÇÃO III - DO REEMBOLSO

Artigo 24 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

Parágrafo 1º - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à Operadora os mesmos documentos estabelecidos para o caso de reembolso pelo acesso a livre escolha de prestadores.

Parágrafo 2º - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela Operadora, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

TEMA IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Artigo 25 - Os Beneficiários do CompesaSaúde Plano III poderão utilizar o sistema de reembolso para acesso aos prestadores de serviço que não integram a rede da Operadora para a realização de procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos por profissionais reconhecidos pelos seus órgãos regulamentadores, respeitados os valores previstos nas tabelas praticadas pela Operadora.

Parágrafo 1º - Os valores do reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas provenientes do sistema de livre escolha estão limitados aos valores previstos nas tabelas praticadas pela Operadora para pagamento à rede prestadora de serviço na época da ocorrência do evento, deduzidas as coparticipações, se houverem.

Parágrafo 2º - Caso o valor despendido pelo beneficiário para o pagamento das despesas seja menor que o valor máximo referido no parágrafo anterior, o reembolso será igual ao valor comprovadamente pago pelo beneficiário através de Nota Fiscal ou Recibo de serviços profissionais.

Parágrafo 3º - Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo beneficiário diretamente com os médicos, odontólogos ou instituições de saúde, não havendo obrigatoriedade de reembolso integral por parte da Operadora.

Parágrafo 4º - A Tabela de Reembolso para o Sistema de Acesso a Livre Escolha de Prestadores desta Operadora estará disponível no seu site institucional na internet, bem como para consulta na sede da mesma.

Artigo 26 - O reembolso deve ser solicitado mediante a apresentação da Nota Fiscal ou Recibo de Serviços Profissionais, originais, contendo:

I - Tratamento Médico/Odontológico

a) Recibo de Consulta, constando discriminadamente:

- nome completo do paciente;
- data do atendimento;
- valor da consulta;
- CRM ou CRO, carimbo e assinatura do médico ou odontólogo.

b) Requisição de exames, constando detalhamento:

- nome completo do paciente;
- cada exame solicitado e a que o mesmo se destina, com código de procedimento da Tabela adotada pela Operadora;
- CRM ou CRO, carimbo e assinatura do médico ou odontólogo.

c) Recibo de exames, constando:

- guia de autorização para exames especiais;
- nome completo do paciente;
- discriminação de cada exame realizado em conformidade com a requisição;
- valor individual de cada exame e o valor total dos mesmos por extenso;
- CRM ou CRO, carimbo e assinatura do médico ou odontólogo seguido de laudo.

II - Internação Hospitalar

A. Guia de internamento.

B. Recibo do Cirurgião, constando:

- nome completo do paciente;
- tipo de cirurgia realizada;
- código do procedimento conforme tabela adotada pela Operadora;
- valor dos honorários médicos, por extenso;
- carimbo, CRM/CRO e assinatura do cirurgião.

C. Recibo do Anestesista, constando:

- nomes completos do paciente e do médico anestesista;
- tipo de cirurgia realizada e parte da anestesia;
- valor dos honorários médicos, por extenso;
- carimbo, CRM e assinatura do anestesista;
- código do procedimento conforme tabela adotada pela Operadora.

D. Recibo do Médico Assistente/Auxiliar, constando:

- nomes completos do paciente e do médico assistente/auxiliar;
- tipo de cirurgia realizada e parte da anestesia;
- valor dos honorários médicos por extenso, observando o limite máximo dos honorários do cirurgião, conforme estabelecer a tabela adotada pela Operadora;
- CRM, carimbo e assinatura do médico assistente/auxiliar;
- código do procedimento conforme tabela adotada pela Operadora.

E. Nota Fiscal Hospital ou Casa de Saúde, constando:

- nome completo do paciente;
- discriminação de cada tratamento, medicamentos utilizados, diárias, taxa de internação e demais despesas realizadas - com valores individualizados e valor total - por extenso;
- carimbo e assinatura do responsável pelo hospital/casa de saúde.

III - Exames Histo-anátomo-patológicos (BIÓPSIA)

A. Nas cirurgias em que houver retirada de órgão ou tecido para realização de biópsia, será ainda exigido do médico assistente e/ou cirurgião o resultado do referido exame, em laudo confidencial, a fim de ser submetido ao Departamento Médico da Operadora.

Artigo 27 - O beneficiário tem o prazo de um ano para solicitar o reembolso e apresentar a documentação prevista neste Regulamento.

Artigo 28 - Os processos de reembolso serão liquidados, após a alta médica ou hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa devidamente preenchida e assinada, e mediante recibo assinado pelo beneficiário titular ou seu representante legal.

Parágrafo 1º - Efetuado o reembolso, cujo recibo valerá como instrumento de cessão, a Operadora ficará sub-rogada, até o valor limite reembolsado, em todos os direitos e ações do Plano de Saúde contra aqueles que, por ato, fato ou omissão tenham dado causa aos tratamentos cobertos, obrigando-se o Titular a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

Parágrafo 2º - Caso o dependente seja também empregado da PATROCINADORA, o mesmo só fará jus a qualquer reembolso na condição de beneficiário, não se acumulando, portanto, as coberturas.

TEMA X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Artigo 29 - A Operadora poderá a qualquer momento, durante a vigência deste regulamento, adotar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários, de livre adesão, sem a cobrança de pagamento ou taxas.

Artigo 30 - São considerados como parte integrante deste regulamento: a Proposta de Adesão, a tabela de preços vigente à época, o Manual do Beneficiário/Guia Médico, e a declaração de saúde dos beneficiários inscritos.

SEÇÃO I - DO ACESSO À REDE CREDENCIADA

Artigo 31 - O atendimento no regime da rede credenciada/referenciada será feito mediante a apresentação da carteira do CompesaSaúde Plano III, junto com um documento oficial de identificação com fotografia, acompanhado da autorização prévia da Operadora quando assim exigida.

Parágrafo 1º - A Operadora disporá de atendimento ao Beneficiário, bem como manterá atualizado seu site institucional na internet para permitir a consulta da rede credenciada/referenciada e atualizações do Manual do Beneficiário/Guia Médico a partir de qualquer computador conectado à rede mundial de computadores, bem como para fins de permitir o trânsito de informações junto aos prestadores de serviços obedecendo ao Padrão TISS e TUSS.

Parágrafo 2º - O formulário Padrão TISS deverá ser preenchido no ato do atendimento, com todos os dados solicitados.

Parágrafo 3º - O formulário Padrão TISS, depois de preenchido, será conferido e assinado pelo Beneficiário, com ressalva de qualquer emenda ou rasura, importando sua assinatura em:

- A.** concordância com os dados transcritos, inclusive quanto à quantidade e natureza dos serviços prestados;
- B.** autorização para cobrança do valor da coparticipação financeira, nos eventos sujeitos a esse regime; e
- C.** sub-rogação à Operadora de possíveis indenizações a que o Beneficiário tiver direito.

Artigo 32 - A Operadora reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer conveniado/referenciado de sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Parágrafo 1º - É facultada à Operadora a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17 de seus parágrafos, da Lei 9.656/1998, alterada pela Lei 13.003/2014.

Parágrafo 2º - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por decisão da Operadora, durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a instituição a manter o Beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

Parágrafo 3º - Excetua-se os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando a Operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, caso necessário, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

Parágrafo 4º - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Artigo 33 - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos pelos Beneficiários diretamente na rede credenciada/referenciada.

Artigo 34 - Os tratamentos, serviços de diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente.

SEÇÃO II - DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Artigo 35 - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento é indispensável a identificação do Beneficiário na rede credenciada/referenciada.

Parágrafo 1º - A identificação consiste na apresentação da carteira do CompesaSaúde Plano III, junto com um documento oficial de identificação com fotografia.

Parágrafo 2º - A carteira de identificação do CompesaSaúde Plano III é pessoal, de uso restrito e intransferível, e o Beneficiário Titular responderá com penalidades decorrentes de sua utilização indevida (por ele e/ou seus dependentes), sendo considerada como falta grave a utilização dos benefícios ou serviços por terceiros, ficando as despesas dela decorrentes sob a responsabilidade integral do Beneficiário Titular.

Parágrafo 3º - A Operadora entregará ao BENEFICIÁRIO, quando de sua inscrição, cópia do regulamento, carteira de identificação e Manual do Beneficiário/Guia Médico, de forma impressa, descrevendo, em linguagem simples e precisa, todas as características operacionais do plano, constando também a apresentação da rede assistencial disponível para sua utilização.

Parágrafo 4º - A perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação do CompesaSaúde Plano III deverá ser comunicada pelo Beneficiário imediatamente à Operadora.
Parágrafo 5º - A emissão da segunda via será precedida de termo de solicitação assinado pelo Beneficiário Titular, cabendo a esse o custo da confecção.

Parágrafo 6º - É obrigatória a devolução da carteira de identificação do CompesaSaúde Plano III por ocasião do cancelamento da inscrição do Beneficiário.

SEÇÃO III - DA COPARTICIPAÇÃO

Artigo 36 - Além da mensalidade, todos os Beneficiários ficarão sujeitos à coparticipação sobre os valores efetivamente pagos aos Prestadores de Serviços pelo CompesaSaúde Plano III, fixadas em percentual do valor das consultas médicas definido em termo aditivo.

Parágrafo 1º - Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à Operadora, após a realização dos serviços sujeitos a este mecanismo de regulação de demanda.

Parágrafo 2º - A coparticipação incide sobre a utilização do CompesaSaúde Plano III por qualquer Beneficiário, seja ele Titular ou Dependente ou Agregado.

Parágrafo 3º - A coparticipação relativa será cobrada juntamente com a mensalidade e em rubricas separadas, cujo vencimento será o mesmo da próxima mensalidade vincenda.

Parágrafo 4º - Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirá o valor de coparticipação descrito neste Regulamento.

Parágrafo 5º - Havendo alteração de valor das consultas médicas pagas aos prestadores de serviço, o valor respectivo

da coparticipação será automática e proporcionalmente alterada.

SEÇÃO IV - DA NECESSIDADE DE LIBERAÇÃO PRÉVIA

Artigo 37 - É necessária a autorização prévia da Operadora para:

- A.** Internações hospitalares;
- B.** Procedimentos Cirúrgicos;
- C.** Exames de Imagem, exceto RX;
- D.** Todos os procedimentos Oftalmológicos, com exceção da consulta clínica;
- E.** Demais exames e procedimentos médicos ou odontológicos cujo valor individual apontado na tabela referencial utilizada pelo CompesaSaúde Plano III for igual ou superior ao valor estabelecido em termo aditivo, independente de sua natureza;
- F.** Fisioterapia, Fonoaudioterapia e Terapia Ocupacional, a cada etapa de tratamento compreendendo no máximo 10 (dez) sessões;
- G.** Psicologia e Nutrição, a cada etapa de tratamento, compreendendo no máximo 12 (doze) sessões;
- H.** Acupuntura, a cada etapa de 10 (dez) sessões;
- I.** Outros procedimentos a critério da Operadora, considerados como de alto custo ou técnicas inovadoras.

Artigo 38 - A autorização prévia deverá ser solicitada pelo Beneficiário à Operadora, a partir do pedido médico.

Parágrafo 1º - Para a solicitação de autorização para procedimentos deve(m) ser informado(s) o(s) código(s) do(s) procedimento(s), assim como as demais informações, cujos campos são apontados nos formulários específicos para esse fim sob o padrão TISS conforme determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Parágrafo 2º - A autorização para procedimento(s) eletivo(s) deve ser solicitada com no mínimo 5 (cinco) dias úteis de antecedência ao atendimento.

Parágrafo 3º - Tratando-se de procedimentos de urgência e emergência, a solicitação de autorização para procedimentos deve ser regularizada junto à Operadora em até 2 (dois) dias úteis após o início do atendimento ou do internamento hospitalar.

Artigo 39 - As guias de autorização terão a validade de 30 (trinta) dias a contar da sua liberação pela Operadora, não sendo aceitas após este período para quaisquer fins.

Artigo 40 - A Operadora poderá, a seu critério e a qualquer tempo, submeter à perícia, sindicância e averiguação, todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo CompesaSaúde Plano III, quando os Beneficiários e prestadores de serviços estarão obrigados a colaborar para elucidação da dúvida.

Artigo 41 - Os internamentos e procedimentos médicos hospitalares caracterizados como eletivos realizados sem autorização, desobriga a Operadora de proceder à cobertura ou ao reembolso das despesas.

Artigo 42 - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora, exceto quando o profissional eleito pelo Beneficiário não pertencer à rede credenciada, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

Parágrafo 1º - Se não houver acordo na escolha do médico desempassador, sua designação será solicitada à sociedade médica da aludida especialidade, reconhecida oficialmente.

Parágrafo 2º - Após a análise da junta médica, fica reservada à Operadora o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste Regulamento.

SEÇÃO V - DA PERÍCIA PRÉVIA

Artigo 43 - Os procedimentos médicos-hospitalares que serão liberados somente após perícia prévia são:

- A.** Cirurgia de varizes;
- B.** Cirurgia de plástica mamária;
- C.** Cirurgia de plástica abdominal (dermolipectomia abdominal);
- D.** Cirurgia de plástica do nariz (septoplastia e rinosseptoplastia);
- E.** Cirurgia plástica de pálpebra (blefarorrafia);

- F.** Cirurgia de eliminação do ronco (uvopalato-faringoplastia), mediante a apresentação do exame de polissonografia;
- G.** Cirurgia para obesidade mórbida;
- H.** Cirurgias refrativas (miopia, hipermetropia);
- I.** Cirurgia de Catarata (facectomia);
- J.** Procedimentos realizados por cirurgião plástico ou dermatologistas, quando caracterizar tratamento estético.

Parágrafo 1º - Também haverá necessidade de perícia prévia quando a intervenção cirúrgica previr mais de um procedimento médico (mais de uma cirurgia simultânea).

Parágrafo 2º - Se a cirurgia for comprovadamente caracterizada como emergência médica, o Beneficiário deverá, a critério da Operadora, submeter-se a perícia após o ato cirúrgico, sob pena de arcar integralmente com os valores despendidos.

Tema XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Artigo 44 - O valor total das contribuições mensais, em pré-pagamento, do CompesaSaúde Plano III será custeado pelos Beneficiários e PATROCINADORA conforme percentuais acordados entre as partes e definido em termo aditivo. Estes valores serão definidos e atualizados por ocasião das avaliações atuariais anuais do Plano.

Parágrafo 1º - A PATROCINADORA e os Beneficiários Aposentados, Pensionistas e seus respectivos Dependentes e Beneficiários Agregados farão suas contribuições mensais em função da faixa etária dos respectivos beneficiários.

Parágrafo 2º - Os Beneficiários Titulares e seus Dependentes, vinculados ao quadro ativo da PATROCINADORA, pagarão o valor das mensalidades em função da data de admissão na PATROCINADORA, da faixa salarial do titular e faixa etária de seus beneficiários, calculadas a partir das Tabelas de Contribuições vigentes à época do pagamento.

Parágrafo 3º - Os Beneficiários Aposentados, Pensionistas e seus respectivos dependentes deverão arcar com o valor total das contribuições mensais sem a adoção de tetos máximos de contribuição sobre a remuneração do titular.

Parágrafo 4º - As contribuições mensais dos Beneficiários Agregados serão definidas atuarialmente e constante em

termo aditivo referente ao risco desta categoria.

Artigo 45 - A coparticipação referente aos serviços com regulação de demanda será custeada, em pós-pagamento, pelo beneficiário que os demandarem e cobrada juntamente com a mensalidade em rubricas distintas.

Artigo 46 - Para os Beneficiários Titulares e Dependentes vinculados ao quadro ativo da PATROCINADORA haverá um teto máximo de contribuição sobre a remuneração do titular definido em termo aditivo, cabendo à PATROCINADORA a complementação dos valores previstos referente à perda de receita em função da adoção do teto.

Parágrafo Único: O cálculo da contribuição sobre a remuneração do titular ativo englobará o salário base, anuênio, horas extras incorporadas, gratificação incorporada e demais verbas fixas.

Artigo 47 - Para os Beneficiários Titulares e Dependentes vinculados ao quadro ativo da PATROCINADORA associados aos Planos CompesaSaúde I e II que optarem por migrar para o Plano III, a PATROCINADORA custeará o mesmo valor pago referente aos Planos I e II sem a adoção de tetos máximos de contribuição sobre a remuneração do titular, sendo a diferença em relação ao valor total das contribuições mensais assumida pelo Beneficiário.

Parágrafo Único: Os Beneficiários Aposentados, Pensionistas e seus respectivos dependentes deverão arcar com o valor total das contribuições mensais sem a adoção de tetos máximos de contribuição sobre a remuneração do titular.

Artigo 48 - As contribuições mensais e as coparticipações devidas serão descontadas pela PATROCINADORA em folha de pagamento, a qual efetuará o efetivo repasse à Operadora juntamente com os valores referentes às contribuições patronais de mensalidades e perda de receita em função do teto, até o quinto dia do mês subsequente.

Artigo 49 - Os Beneficiários e seus dependentes cuja manutenção na Operadora seja por demissão sem justa causa nas condições dos artigos 56 e 58 ou por aposentadoria ou ainda, os beneficiários que estiverem com contrato de trabalho suspenso na sua PATROCINADORA, quitarão suas contribuições mensais e coparticipações mensalmente, segundo política de recebimento definida pela Operadora.

Artigo 50 - O não pagamento da contribuição mensal e coparticipação pelos Beneficiários, dentro do prazo de vencimento, além das possíveis penalidades de suspensão, exclusão e cobrança judicial (se

a inadimplência for superior a 60 dias) previstas neste Regulamento, acarretará a imposição de:

- A.** Multa de 2% (dois por cento);
- B.** Juros de 1% (um por cento) ao mês, pro rata dia; e
- C.** Atualização monetária pelo INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor publicado pelo IBGE, ou pelo índice que vier a substituí-lo.

Tema XII - REAJUSTE

Artigo 51 - Os valores das contribuições mensais per capita por faixa etária e/ou faixa salarial não serão reajustados em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária e do aumento da remuneração do beneficiário titular.

Artigo 52 - O valor das contribuições mensais será reajustado anualmente, na data-base de aniversário do Contrato, de acordo com a Avaliação Atuarial do Plano.

Parágrafo 1º - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

Parágrafo 2º - A carteira dos planos privados de assistência à saúde da Operadora destinada a ex-empregados será tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste. (Art. 21 da Resolução Normativa nº 279/2011)

Parágrafo 3º - Caberá ao Conselho Deliberativo da Operadora a definição do percentual de reajuste, que poderá ser aplicado na mesma data e no mesmo percentual de reajuste da carteira de planos da Operadora, desde que com um período não inferior a 12 (doze) meses.

Parágrafo 4º - Fica assegurado que não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do mesmo plano. (artigo 20 da Resolução Normativa nº 195/2009, alterada pela Resolução Normativa nº 200/2009)

Artigo 53 - O percentual de reajuste a ser aplicado e sua justificativa técnica será anualmente informado aos Beneficiários e à ANS de acordo com as normativas vigentes e divulgado no site institucional da Operadora, bem como para consulta na sede da mesma, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

Tema XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Artigo 54 - As contribuições mensais para custeio do Plano em pré-pagamento estão estabelecidas conforme as seguintes faixas etárias, de acordo com as regras da Resolução Normativa nº 63/2003:

- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 24 (vinte e quatro) anos a 28 (vinte e oito) anos;
- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Parágrafo 1º - Ocorrendo alteração na idade de qualquer Beneficiário, que signifique deslocamento para próxima faixa etária, a contribuição será aumentada automaticamente a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores estipulados para a devida faixa etária.

Parágrafo 2º - Os limites etários das faixas, os valores das contribuições mensais, as respectivas variações por faixa etária e os percentuais de custeio constam da tabela de contribuição aprovada anualmente pelo Conselho Deliberativo da Operadora, amplamente divulgada entre os Beneficiários, disponível para consulta no site institucional da Operadora e se constituem parte integrante deste Regulamento.

Parágrafo 3º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:

- A.** O valor fixado para a última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- B.**
- C.** A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Parágrafo 4º - Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual na forma prevista neste regulamento.

Tema XIV - BÔNUS - DESCONTOS

Artigo 55 - Não serão aplicados bônus ou descontos nos valores das contribuições mensais ao Compesa Saúde Plano III.

Tema XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

SEÇÃO I - DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PARA EX-EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS

Artigo 56 - A PATROCINADORA assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à Operadora o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Parágrafo 1º - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Parágrafo 2º - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- A. indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- B. à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

Artigo 57 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Artigo 58 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Artigo 59 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

Artigo 60 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas

posteriores alterações);

Artigo 61 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

Artigo 62 - A condição de beneficiário deixará de existir:

A. pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

B. pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

C. pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

Artigo 63 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em Operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Artigo 64 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

SEÇÃO II - DO CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Artigo 65 - No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da PATROCINADORA, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Operadora, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A Operadora disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Parágrafo Único - Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Tema XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Artigo 66 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I) Perda da qualidade de beneficiário titular:

- A.** pela perda do vínculo com a pessoa jurídica PATROCINADORA, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- B.** pela fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- C.** por inadimplência, nos termos do artigo 69.

II) Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- D.** pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste regulamento;
- E.** a pedido do beneficiário titular;
- F.** fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

Artigo 67 - Caberá tão-somente ao patrocinador, instituidor ou mantenedor solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

Artigo 68 - A Operadora só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do patrocinador, instituidor ou mantenedor, nas seguintes hipóteses:

- A.** fraude;
- B.** perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica PATROCINADORA, ou de dependência, previsto neste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- C.** inadimplência.

Artigo 69 - O não pagamento da contribuição mensal e coparticipação pelos Beneficiários por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, acarretará na suspensão do direito de utilização dos serviços cobertos desde que comprovadamente notificados até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência. (Art. 13 (II) da Lei nº 9.656/98)

Parágrafo Único - A COMPESAPREV se reserva o direito de poder excluir o beneficiário após o 61º (sexagésimo primeiro) dia de constatada a inadimplência nos termos do caput deste artigo.

Tema XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

Artigo 70 - O plano poderá ser extinto por decisão da competente instância decisória conforme definido no Estatuto.

Tema XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 7 - Integram este regulamento, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo Beneficiário, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Tabela de Reembolso, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Termo Aditivo com o Plano Anual de Custeio.

Artigo 72 - As disposições expostas a seguir determinam prerrogativas importantes para a vigência deste regulamento:

I - As coberturas previstas neste regulamento serão prestadas através dos Serviços Próprios mantidos pela Operadora, ou, através de Serviços Credenciados.

II - Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, não haverá impedimento para participar como Beneficiário no presente regulamento.

III - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deverão privilegiar os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos.

IV - É direito do Beneficiário emitir sua opinião sobre a operacionalização do produto, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações: preferencialmente por escrito; ou através dos telefones (81) 3366-2434, ou pessoalmente na

sede da Operadora, localizada na Rua Augusto Rodrigues nº 60 - bairro do Torreão, cidade de Recife - PE - CEP 52.030-215, as quais serão imediatamente submetidas à apreciação, e, acolhidas, caso procedam.

V - Se a Operadora tomar ciência de que há beneficiário acima de 60 (sessenta) anos de idade apresentando, de forma comprovada, indícios de negligência, maus-tratos, abuso, exploração ou crueldade, de forma física ou psíquica, de condições desumanas e degradantes, ou ainda sob privação de alimentos e cuidados indispensáveis em sua convivência familiar, poderá notificar as autoridades competentes, em cumprimento ao disposto no Estatuto do Idoso.

VIII - O Beneficiário Titular, por si e seus dependentes, autoriza a Operadora a prestar todas as informações cadastrais, inclusive sobre atendimentos e serviços beneficiados, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

IX - O presente regulamento, no que for omissivo, ou resultar em erro, ou ainda, passível de eventuais dúvidas, aplicar-se-á, concomitantemente, a legislação que rege a matéria, seguida das atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde, bem como, o Código de Defesa do Consumidor, quando couber, devendo as partes, visando o interesse comum, buscar solução amigável.

X - No caso de falecimento do Beneficiário, o fato deverá ser comunicado à Operadora, imediatamente, e por escrito, com a apresentação da Certidão de Óbito, para a devida atualização contratual.

Artigo 73 - Para ampla compreensão sobre os efeitos deste contrato, ficam expressas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Operadora, para a doença ou lesão preexistente declarada.

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

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

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante,

Artigo 73 - Para ampla compreensão sobre os efeitos deste contrato, ficam expressas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Operadora, para a doença ou lesão preexistente declarada.

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

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que

não são considerados de urgência e emergência.

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados neste regulamento.

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

CARÊNCIA: o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do regulamento, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas Operadoras.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas neste regulamento.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da Operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pela PATROCINADORA e pelos Beneficiários à Operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

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

Tema XIX - ELEIÇÃO DE FORO

Artigo 74 - Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da Comarca da sede da PATROCINADORA em Recife - PE.



**Rua Augusto Rodrigues, 60
Bairro do Torrões - Recife / PE
CEP 52030-180**