

**CAIXA ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS  
DA ACARESC**



**Plano de saúde Médico e Odontológico**

**Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde - CASA PASA  
registrado na ANS sob o nº 487.202/20-9**

**APROVADO PELO CONSELHO DELIBERATIVO EM 24 DE SETEMBRO DE 2020 a  
VIGORAR A PARTIR DE 01/01/2021**

## SUMÁRIO

CAPITULO I - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS PARTES .....	1
CAPÍTULO II – DO PLANO .....	1
CAPÍTULO III – ATRIBUTOS DO REGULAMENTO .....	2
CAPÍTULO IV - DOS BENEFICIÁRIOS E DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	2
CAPÍTULO V - DA SUSPENSÃO E DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E DAS CONDIÇÕES DE REINGRESSO.....	5
CAPÍTULO VI - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PASA PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO E APOSENTADO.....	8
Seção I - Do Demitido Sem Justa Causa .....	8
Seção II - Do Titular que Pediu Demissão_.....	9
Seção III – Do Aposentado .....	10
Seção IV – Das Disposições Comuns ao Demitido e Aposentado .....	11
CAPÍTULO VII – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....	12
Seção I – Da Cobertura Ambulatorial .....	13
Seção II – Da Cobertura Hospitalar .....	15
Seção III – Outras Coberturas .....	19
Seção IV – Coberturas Adicionais .....	24
Subseção única – Atenção Domiciliar – <i>Home Care</i> .....	25
CAPÍTULO VIII – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA .....	27
CAPÍTULO IX – DAS CARÊNCIAS .....	30
CAPÍTULO X – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES .....	30
CAPÍTULO XI – DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	33
CAPÍTULO XII – DA REMOÇÃO .....	34
CAPÍTULO XIII – DO REEMBOLSO .....	36
CAPÍTULO XIV – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E MECANISMO DE REGULAÇÃO .....	38
Seção I – Condições de Atendimento .....	38
Seção II – Mecanismo de regulação .....	41
CAPÍTULO XV – DO CUSTEIO .....	41
CAPÍTULO XVI – DO REAJUSTE .....	42
CAPÍTULO XVII – DAS FAIXAS ETÁRIAS .....	43
CAPÍTULO XVIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS .....	44
ANEXO – PLANO DE CUSTEIO DO CASA PASA .....	45

## **CAPÍTULO I**

### **DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS PARTES**

**Art. 1º** A Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da ACARESC - CASACARESC, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 32.755-7 e classificada como Autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 83.937.631/0001-69, com sede e foro na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, estabelecida na Rodovia Admar Gonzaga, 1.347, Bairro Itacorubi, doravante denominada CASACARESC, é a instituição que administrará o Novo Programa de Assistência à Saúde objeto deste regulamento, doravante denominado CASA PASA.

**Art. 2º** São patrocinadoras do CASA PASA e participantes do plano de custeio, na forma estabelecida neste Regulamento:

I - Empresa de Pesquisa e Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina - EPAGRI, inscrita no CNPJ sob o nº 83.052.191/0001-62, instalada na Rodovia Admar Gonzaga, 1347, Bairro Itacorubi, Florianópolis-SC, denominada Empregadora Instituidora nos termos do Estatuto Social da CASACARESC;

II - Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina S.A - CIASC, inscrito no CNPJ sob o nº 83.043.745/0001-65, instalado na Rodovia SC 404 Km 4, Bairro Itacorubi, Florianópolis-SC, denominada Empregadora Participante nos termos do Estatuto Social da CASACARESC;

III - Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina - CIDASC e inscrito no CNPJ sob o nº 83.807.586/0001-28, instalada na Rodovia Admar Gonzaga 1.588, Itacorubi, Florianópolis-SC, denominada Empregadora Participante nos termos do Estatuto Social da CASACARESC;

IV - A própria CASACARESC.

**Parágrafo único.** Será admitida a inclusão de nova Patrocinadora, mediante Convênio de Adesão aprovado pelo Conselho Deliberativo da CASACARESC, observada a legislação aplicável.

## **CAPÍTULO II**

### **DO PLANO**

**Art. 3º** O PLANO tratado neste instrumento é denominado Novo Programa de Assistência à Saúde - CASA PASA e está registrado na ANS sob o nº 487.202/20-9 possuindo como Características Gerais:

- I - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II - Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico;
- III - Área Geográfica de Abrangência: Estadual;
- IV - Área de Atuação: Estado de Santa Catarina - SC;
- V - Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
- VI - Formação do Preço: Pré-estabelecido;
- VII - Fator moderador: coparticipação.

**Parágrafo único.** Além das coberturas previstas nos artigos 36 a 41 deste Regulamento, serão asseguradas as coberturas adicionais especificadas nos artigos 42 a 46 do instrumento.

### **CAPÍTULO III**

#### **ATRIBUTOS DO REGULAMENTO**

**Art. 4º** O presente Regulamento tem por objetivo disciplinar plano privado de assistência à saúde que se destina à prestação continuada de serviços ou à cobertura de custos assistenciais previstos no inciso I do art. 1º da Lei 9.656/1998, visando à assistência médico-hospitalar, com obstetrícia, e odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos na forma e condições deste Regulamento.

**Art. 5º** Este instrumento, quanto à sua natureza jurídica, caracteriza-se pela bilateralidade, onerosidade, presença de vínculo coletivo, ausência de fins lucrativos e inexistência de cunho comercial, sendo gerido por uma instituição de autogestão, pelo sistema de mutualismo.

**Art. 6º** O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

### **CAPÍTULO IV**

#### **DOS BENEFICIÁRIOS E DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

**Art. 7º** Poderão se inscrever no CASA PASA, nas seguintes categorias:

I - Titulares: empregados das empresas patrocinadoras, empregados de outros órgãos colocados à disposição das empresas patrocinadoras e diretores das PATROCINADORAS;

II - Dependentes:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro, desde que comprove união estável, como entidade familiar, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) Filhos ou enteados, solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos;
- d) Filhos ou enteados, solteiros, com deficiências, de qualquer idade;
- e) Menor de 18 anos que se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, comprovado por documento legal.

§ 1º A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§ 2º Os companheiros, para fins de inscrição no CASA PASA, deverão firmar declaração por instrumento público ou por instrumento particular com firmas reconhecidas e com 02 (duas) testemunhas, constando a existência do vínculo e a data de início da sua constituição.

§ 3º Os empregados licenciados sem remuneração, que tenham sido vinculados anteriormente às PATROCINADORAS e que expressem sua intenção de permanecerem no CASA PASA, poderão manter-se no Plano nas condições descritas neste Regulamento, desde que arquem com as contribuições mensais e com os valores de coparticipação na forma definida no Plano de Custeio.

§ 4º O Dependente que comprovadamente se ausentar do país para realização de curso no exterior terá sua inscrição suspensa, desde que o titular requeira a suspensão, e poderá retornar ao CASA PASA sem cumprimento de novos prazos de carência, desde que o titular requiera a reativação da inscrição em até 30 (trinta) dias de seu retorno, sendo obrigatório comprovar a prorrogação do prazo de suspensão, quando necessária, mediante prova (comprovação) documental. Em não havendo comprovação, deverá fazer nova adesão ao plano, com obrigação de cumprir as carências regulamentares, sendo que o direito à nova suspensão somente virá após doze contribuições.

§ 5º Após o falecimento do Beneficiário Titular, não poderão ser inscritos novos Dependentes no CASA PASA.

§ 6º Após o falecimento do Beneficiário Titular, será garantido o direito de manutenção dos Dependentes já inscritos, enquanto detiverem as condições que lhes conferem a qualidade de dependentes (inciso II do artigo 7º deste Regulamento), desde que haja manifestação expressa dos Beneficiários no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do óbito, com a assunção integral das obrigações financeiras decorrentes, conforme previsto no plano de custeio para os aposentados e demais inativos (Tabela 02).

**Art. 8º** É assegurada a inclusão:

I - Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção; e

II - Do menor de 12 (doze) anos, adotado, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, desde que inscrito em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, observando-se as disposições contidas na regulamentação da ANS.

**Parágrafo único.** A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

**Art. 9º** A inscrição do Beneficiário Titular dar-se-á mediante preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento.

**Parágrafo único.** A inscrição dos Dependentes dar-se-á mediante preenchimento de Termo de Adesão pelo Beneficiário Titular.

**Art. 10.** O Beneficiário Titular, na qualidade de responsável pela inscrição de seus Dependentes, deverá apresentar os documentos comprobatórios exigidos pela CASACARESC.

§ 1º As solicitações de inclusões protocoladas na CASACARESC, dentro do prazo do faturamento do mês, serão incluídas no mesmo mês e cobradas no próprio mês.

§ 2º As solicitações de inclusões protocoladas na CASACARESC, após o faturamento do mês, serão incluídas no próprio mês e cobradas retroativamente no mês seguinte.

**Art. 11.** Filhos(as) de qualquer idade que contraírem matrimônio ou em convivência estável perderão a condição de Dependentes normais e poderão, mediante requerimento do titular, inscrever-se no plano especialmente destinado aos Dependentes Especiais.

**Art. 12.** O Beneficiário Titular deverá devolver as carteiras de utilização do NPASA dos Dependentes que perderem condição de elegibilidade, sob pena de responderem pela má utilização das coberturas garantidas.

**Art. 13.** Mensalmente, a CASACARESC enviará, para o Representante Regional, a relação dos Dependentes que completarem 24 (vinte e quatro) anos e informará os respectivos titulares.

## **CAPÍTULO V**

### **DA SUSPENSÃO E DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E DAS CONDIÇÕES DE REINGRESSO**

**Art. 14.** Caberá à PATROCINADORA solicitar a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- I - Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
- II - Perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente;
- III - Quando da solicitação de exclusão apresentada pelo Titular.

**Art. 15.** A CASACARESC poderá excluir os Beneficiários, sem a anuência da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:

- I - Em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

II - Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;

III - Perda da qualidade de Dependente, no caso de o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente;

IV - Interrupção do pagamento das contribuições e eventuais valores de coparticipação sob responsabilidade do Beneficiário, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição;

**Art. 16.** Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do Novo Programa de Assistência à Saúde, caberá às PATROCINADORAS, obrigatória e expressamente, informar à CASACARESC:

I - Se o beneficiário foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;

II - Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa é empregado aposentado que continuou trabalhando na patrocinadora após a aposentadoria, enquadrando-se no disposto no artigo 22 da Resolução nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

III - Se o beneficiário contribuía para o pagamento do CASA PASA

IV - Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do CASA PASA;

V - Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

**Parágrafo único.** Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares do CASA PASA, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

**Art. 17.** Considera-se perda da qualidade de Beneficiário Titular:

I - Falecimento;

II - Desligamento das PATROCINADORAS, salvo nos casos em que puder manter a sua inscrição na forma descrita neste Regulamento;

III - Voluntariamente, por solicitação do Titular;

IV - Outras situações previstas em Lei.



§ 1º A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto no caso de falecimento do Beneficiário Titular, quando os Dependentes poderão ser mantidos no CASA PASA, enquanto detiverem as condições que lhes conferem a qualidade de dependentes (inciso II do artigo 7º deste Regulamento), desde que haja manifestação expressa dos Beneficiários no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do óbito, com a assunção integral das obrigações financeiras decorrentes (Tabela 02).

§ 2º Ocorrendo a perda da condição de Dependente, os Beneficiários serão transferidos para o plano especialmente destinado aos Dependentes Especiais, mediante requerimento no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

§ 3º O ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) que permanecer no CASA PASA por deliberação do Titular ou decisão judicial será transferido para o Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais - PASESP quando o Titular tiver novo cônjuge ou novo companheiro(a) e quiser exercer o direito de incluí-lo(a) no CASA PASA.

§ 4º A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Beneficiário Titular à CASACARESC, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

**Art. 18.** O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o CASA PASA, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

**Art. 19.** O Beneficiário Titular que deixar de recolher qualquer valor devido a CASACARESC se sujeitará às seguintes penalidades:

I - Advertência por escrito, no caso de atraso dos pagamentos a seu cargo, por período superior a 15 (quinze) dias;

II - Suspensão da inscrição, sua e de seus Dependentes, no caso de atraso dos pagamentos a seu cargo, por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição, desde que notificado previamente mediante correspondência com aviso de recebimento;

III - Exclusão, mediante cancelamento definitivo da inscrição, sua e de seus Dependentes, no caso de atraso dos pagamentos a seu cargo por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição, desde que notificado previamente.

**Parágrafo único.** Caberá ao Beneficiário Titular manter atualizado seu endereço de correspondência, considerando a CASACARESC entregue a notificação enviada para o endereço constante em seus registros.

**Art. 20.** Na hipótese de exclusão a pedido ou por inadimplência, o reingresso do Titular com o conseqüente restabelecimento de seus direitos e vantagens é possível, desde que seja elegível nos termos do Regulamento, hipótese em que será necessário o cumprimento dos prazos de carência e de cobertura parcial temporária em caso de doenças e lesões preexistentes.

**Parágrafo único.** Independente do reingresso do Titular, a Casacaresc poderá tomar as providências que julgar necessárias para a cobrança de seus haveres, inclusive mediante procedimento judicial, caso a exclusão tenha ocorrido por inadimplência ou haja dívida do reingressando junto ao plano de saúde.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PASA PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO E APOSENTADO**

#### **Seção I**

##### **Do Demitido Sem Justa Causa**

**Art. 21.** A CASACARESC assegura ao Beneficiário Titular, afastado da PATROCINADORA por demissão sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário Titular, conforme previsto em lei, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CASACARESC o pagamento integral das contribuições mensais, incluindo a parcela anteriormente atribuída à PATROCINADORA, devendo contribuir conforme previsto no artigo 2º, inciso III, do Plano de Custeio – Tabela 02, bem como os eventuais valores de coparticipação devidos, na forma definida no Plano de Custeio.

§ 1º O período de manutenção de beneficiário que não tenha 40 meses de contribuição, será de um terço do tempo de permanência no CASA PASA, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses, e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º No período de manutenção da condição de beneficiário poderá o demitido sem justa causa incluir cônjuge e filhos no plano de saúde CASA PASA.

§ 3º O demitido sem justa causa poderá fazer a opção pela permanência no plano de saúde por prazo indeterminado, desde que tenha contribuído para este por um período mínimo de 40 meses.

**Art. 22.** O demitido sem justa causa deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação inequívoca feita por sua empregadora quando da entrega do aviso prévio, respeitado o previsto no *caput* do artigo 24.

§ 1º A manutenção do demitido sem justa causa na condição de beneficiário poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.

§ 2º O empregado que participar de um Plano de Demissão Voluntária (PDV) ou Plano de Demissão Incentiva (PDI) da empresa patrocinadora permanecerá no plano de saúde na condição de Titular Ativo até o término do PDV ou PDI, exercendo o seu direito de permanecer no plano, 30 dias antes do término do PDV ou PDI.

§ 3º O empregado, quando do término do Plano de Demissão Voluntária ou assemelhado, poderá permanecer por prazo indeterminado no plano de saúde, se estiver aposentado, contribuindo nesta condição. Caso não esteja aposentado, poderá permanecer no Plano de Saúde por prazo determinado conforme previsto neste regulamento para casos de demissão sem justa causa, respeitado o direito previsto no § 4º deste artigo.

§ 4º O empregado que não estiver aposentado quando do término do Plano de Demissão Voluntária ou assemelhado poderá fazer a opção pela permanência no plano de saúde, por prazo indeterminado, desde que tenha contribuído para o plano por um período mínimo de 40 meses, devendo contribuir conforme previsto no artigo 2º, inciso III, do Plano de Custeio – Tabela 02, bem como os eventuais valores de coparticipação devidos, na forma definida no Plano de Custeio.

## **Seção II**

### **Do Titular que Pediu Demissão**

**Art. 23.** O titular que pedir demissão da patrocinadora poderá permanecer no plano de saúde, juntamente com seus dependentes, por prazo indeterminado, desde que tenha

contribuído para o plano de saúde por um período mínimo de 40 meses, devendo contribuir conforme previsto no artigo 2º, inciso III, do Plano de Custeio – Tabela 02, bem como os eventuais valores de coparticipação devidos, na forma definida no Plano de Custeio.

§ 1º A opção de permanência deve ser feita em até 30 (trinta) dias, a contar da entrega de seu pedido de demissão na patrocinadora.

§ 2º No caso de pedido de demissão como condição para participar de Plano de Demissão Voluntária ou assemelhado, a opção de permanência deverá ser feita até 30 dias antes do término do programa de demissão.

### **Seção III** **Do Aposentado**

**Art. 24.** A CASACARESC assegura ao Beneficiário Titular, no caso de aposentadoria, o direito de manter sua condição de Beneficiário Titular, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CASACARESC o pagamento integral das contribuições mensais, incluindo a parcela anteriormente atribuída à PATROCINADORA, devendo contribuir conforme previsto no artigo 2º, inciso III, do Plano de Custeio – Tabela 02, bem como os eventuais valores de coparticipação devidos, na forma definida no Plano de Custeio, conforme previsto na Lei 9.656 em seu Art. 31, § 1º.

**Art. 25.** O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação da PATROCINADORA quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da perda do vínculo empregatício.

§ 1º A manutenção do aposentado na condição de beneficiário poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.

§ 2º No período de manutenção da condição de beneficiário poderá o aposentado incluir cônjuge e filhos no plano de saúde CASA PASA.

**Art. 26.** O empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa permanecerá no plano de saúde na condição de Titular Ativo.

§ 1º O prazo previsto no art. 25 para o empregado aposentado que continua trabalhando começa a contar do desligamento da patrocinadora.

§ 2º É garantido o direito de manutenção no plano de saúde aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na patrocinadora e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

#### **Seção IV**

##### **Das Disposições Comuns ao Demitido e Aposentado**

**Art. 27.** O direito de manutenção assegurado neste instrumento é extensivo a todos os Beneficiários Dependentes inscritos na vigência do vínculo com as PATROCINADORAS.

**Art. 28.** Em caso de morte do Beneficiário Titular demitido a pedido, do demitido sem justa causa ou do aposentado, será garantido o direito de manutenção dos Dependentes já inscritos, enquanto detiverem as condições que lhes conferem a qualidade de dependentes (inciso II do artigo 7º deste Regulamento) e respeitados os prazos de permanência previstos nos artigos anteriores, desde que haja manifestação expressa dos Beneficiários no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do óbito, com a assunção integral das obrigações financeiras decorrentes (Tabela 02).

**Art. 29.** O direito assegurado neste capítulo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**Art. 30.** A condição de Beneficiário assegurada nos termos deste Capítulo ao demitido a pedido próprio, ao demitido sem justa causa e ao aposentado permanece mesmo nos casos de admissão em novo emprego, que não ofereça condição de ingresso em plano de saúde coletivo, devendo ser observadas as regras definidas neste Regulamento e no Plano de Custeio a respeito dos valores de contribuições devidos.

**Art. 31.** São também hipóteses de perda da condição de beneficiário:

I - Decurso dos prazos de manutenção previstos neste Regulamento, em sintonia com a regulamentação da ANS;

II – Admissão do beneficiário demitido a pedido próprio, do 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; ou

III – Cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

**Art. 32.** É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, ao ex-empregado aposentado e aos seus dependentes vinculados ao plano o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

**Art. 33.** O CASA PASA tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos a pedido próprio, demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto neste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo PLANO.

**Parágrafo único.** O direito garantido neste capítulo será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o CASA PASA no momento da perda do vínculo com a PATROCINADORA, desde que em algum momento tenha contribuído para o CASA PASA. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição, nos termos da regulamentação da ANS.

**Art. 34.** Nos planos coletivos custeados integralmente pela PATROCINADORA, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência à saúde, tampouco o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do plano em relação aos Dependentes.

**Art. 35.** Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 19/99.

## **CAPÍTULO VII**

### **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**Art. 36.** O CASA PASA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos garantidos, realizados dentro da área de abrangência estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

## **Seção I**

### **Da Cobertura Ambulatorial**

**Art. 37.** A cobertura ambulatorial compreende:

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

I.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigente à época do evento, quando for o caso;

III - Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

IV - Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

V - Consultas/sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

VI - Procedimentos de reeducação e reabilitação física, solicitados pelo médico assistente, 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;

VII - Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

VIII - Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

VIII.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

IX - 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, conforme prescrição do médico assistente, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

X - Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XI - 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;

XII - Hemoterapia ambulatorial;

XIII - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:



(i) miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XIV - Medicamento de ingestão indispensável para a realização de exames, de acordo com recomendação médica, bem como os medicamentos utilizados quando do atendimento ambulatorial.

## **Seção II**

### **Da Cobertura Hospitalar**

**Art. 38.** A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I - Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente, observadas as rotinas médicas do caso, em apartamento standard, com direito a banheiro privativo;

I.1) Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados ou credenciados pela CASACARESC na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência;

II - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

III - Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente ou cirurgião dentista, obedecidos os seguintes critérios:

III.1) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e

III.2) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

IV - Exames complementares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o 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;

V - Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;

VI - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, salvo contra indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares. Os acompanhantes dos beneficiários entre 19 e 59 anos terão direito ao café da manhã;

VII - Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

VIII - Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, 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;

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

IX. 1) 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, observadas as seguintes regras:

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

X - Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

- c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- e) Hemoterapia;
- f) Nutrição parenteral ou enteral;
- g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- i) Radiologia intervencionista;
- j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física, 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;

XI - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XII - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIII - Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir das 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

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

XIII.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente:

a) 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;

b) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

c) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;

XIV - Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

XV - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 dias.

**Art. 39.** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I - O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

II - Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;

III - No plano, haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no rol de procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

III.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o 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.

IV – Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 45 (quarenta e cinco) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos, observados os seguintes critérios:

- a) Nos primeiros 45 (quarenta e cinco) dias de internação, não há coparticipação;
- b) Do 46º (quadragésimo sexto) ao 60º (sexagésimo) dia de internação, será cobrada coparticipação no percentual 20% (vinte por cento) sobre o valor das despesas;
- c) Do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação em diante, será cobrada coparticipação no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor das despesas.

### **Seção III**

#### **Outras Coberturas**

**Art. 40.** O presente Regulamento garante, ainda:

I - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as respectivas Diretrizes de Utilização (DUT) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

II - Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;

III - Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim

como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

IV - Taxas, materiais, contrastes e medicamentos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V - Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação, ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

VI - Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

**Art. 41.** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de 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, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia e cirurgia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

I -Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

- a) Consulta odontológica;
- b) Consulta odontológica inicial;
- c) Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- d) Condicionamento em odontologia;
- e) Teste de fluxo salivar;
- f) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
- g) Teste de PH salivar (acidez salivar);

h) Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.

#### II -Procedimentos de RADIOLOGIA:

- a) Radiografia periapical;
- b) Radiografia interproximal - bite-wing;
- c) Radiografia oclusal;
- d) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- e) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).

#### III -Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- a) Atividade educativa em saúde bucal;
- b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
- c) Aplicação tópica de flúor;
- d) Aplicação tópica de verniz fluoretado;
- e) Profilaxia – polimento coronário;
- f) Aplicação de selante;
- g) Dessensibilização dentária;
- h) Remineralização dentária;
- i) Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.

#### IV -Procedimentos de DENTÍSTICA:

- a) Aplicação de carióstático;
- b) Adequação do meio bucal;
- c) Restauração em amálgama;
- d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
- e) Núcleo de preenchimento;
- f) Ajuste oclusal;
- g) Restauração em ionômero de vidro;
- h) Restauração em resina fotopolimerizável;
- i) Restauração temporária/tratamento expectante;
- j) Tratamento restaurador atraumático;
- k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

#### V -Procedimentos de PERIODONTIA:

- a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;

- c) Imobilização dentária;
- d) Gengivectomia/gengivoplastia;
- e) Aumento de coroa clínica;
- f) Cunha proximal;
- g) Cirurgia periodontal a retalho;
- h) Tratamento de abscesso periodontal;
- i) Enxerto gengival livre;
- j) Enxerto pediculado.

#### VI -Procedimentos de ENDODONTIA:

- a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b) Pulpotomia;
- c) Remoção de corpo estranho intracanal;
- d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e) Retratamento endodôntico em dentes permanentes;
- f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i) Remoção de núcleo intra-canal;
- j) Remoção de peça/trabalho protético.

#### VII -Procedimentos de CIRURGIA:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- c) Biópsia (lábio, boca, língua, glândula salivar, mandíbula/maxila);
- d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e) Cirurgia para tórus/exostose;
- f) Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar;
- g) Exodontia a retalho;
- h) Exodontia de raiz residual;
- i) Exodontia simples de permanente;
- j) Exodontia simples de decíduo;
- k) Redução de fratura alvéolo dentária;
- l) Frenotomia/frenulotomia/frenulectomia labial;
- m) Frenotomia/frenulotomia/frenulectomia lingual;
- n) Remoção de dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados;
- o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;



- p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
- q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s) Ulectomia/ulotomia;
- t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- v) Punção aspirativa / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w) Aprofundamento/ aumento de vestibulo;
- x) Bridectomia/bridotomia;
- y) Odonto-secção;
- z) Redução de luxação da ATM;
- aa) Tunelização;
- bb) Remoção de odontoma;
- cc) Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
- dd) Reconstrução de sulco gengivo-labial;
- ee) Remoção de dreno extra-oral;
- ff) Remoção de dreno intra-oral;
- gg) Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
- hh) Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânulo salivar.

#### VIII -Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

- a) Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- d) Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
- e) Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética;
- f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética;
- g) Reembasamento de coroa provisória.

**Parágrafo único.** A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico,

for necessária a estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação odontológica vigente à época do evento.

#### **Seção IV**

##### **Coberturas Adicionais**

**Art. 42.** O presente Regulamento garantirá, ainda, as seguintes coberturas adicionais, nos limites e condições estabelecidos no plano de custeio:

- I – Reembolso de valor gasto na compra de aparelhos auditivos para surdez, pelo associado, mediante recomendação médica;
- II - Autorização pelo plano ou reembolso para serviços de análises clínicas, discriminados na tabela TUSS, mas não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, observados os demais critérios para a concessão da cobertura;
- III - PET-SCAN, no caso de câncer, sem observação das DUT;
- IV - Tomografia de Coerência ótica sem observação das DUT;
- V - Tomografia Cone Beam;
- VI - Sessão de Osteopatia e Quiropraxia;
- VII - Sessão de RPG;
- VIII - Medicamento Clexane em caso de trombofilia para gestantes;
- IX - Vacina contra Gripe: Campanha orientada pela Casacaesc ou por reembolso;
- X- Dermatocalaze ou Blefarocalaze;
- XI - Prótese Ocular (olho de vidro);
- XII - Placa miorrelaxante (placa para bruxismo);
- XIII - Transtornos da articulação temporomandibular;
- XIV- Consultas/sessões com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sem limitação, com pedido médico ou justificativa da indicação clínica pelo profissional que atender o beneficiário;
- XV - Reembolso de consulta/sessões fisioterapeuta (também osteopatia, RPG e Quiropraxia) com pedido médico ou justificativa da indicação clínica pelo profissional que atender o beneficiário;
- XVI - Home Care, observado o regramento contido na subseção;
- XVII – Atendimentos de urgência e emergência realizados no território nacional, conforme regras previstas no capítulo XI deste Regulamento.

**Subseção única**  
**Atenção Domiciliar - Home Care**

**Art. 43** O CASA PASA disciplina o atendimento na forma de Atenção Domiciliar, modalidades Assistência e Internação, mediante contratação de prestador especializado na prestação de serviços nesta área.

§ 1º A Atenção Domiciliar objetiva proporcionar ao paciente, em condições de alta hospitalar, conforme recomendação médica, a continuidade do tratamento em seu núcleo familiar, em busca de melhor recuperação e/ou estabilização, adotando-se as seguintes definições postas na RDC Nº 11 - Resolução da Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA:

I – **Atenção Domiciliar**: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio;

II – **Admissão em Atenção Domiciliar**: processo que se caracteriza pelas etapas de indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar;

III – **Alta da Atenção Domiciliar**: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar, em função de internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito ou fim do prazo de concessão do benefício;

IV – **Assistência Domiciliar**: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio;

V – **Internação Domiciliar**: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada;

VI – **Cuidador**: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, sendo de sua responsabilidade realizar banho, troca de fralda, mudança de decúbito, administração de medicamentos por via oral ou por sonda, e outras, inclusive levar o paciente para a exposição solar;

VII – **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD**: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

§ 2º Na Internação e na Assistência domiciliar é imprescindível a existência de um Cuidador, contratado pelo beneficiário ou pela pessoa responsável por este, para a implantação dos serviços de Atenção Domiciliar.

§ 3º São elegíveis no serviço de Atenção Domiciliar os beneficiários do CASA PASA que, mediante recomendação médica, preenchem requisitos definidos em protocolos clínicos reconhecidos pelos serviços especializados de Home Care, tomando-se por referência a Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD e Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar - ABEMID.

**Art. 44** O deferimento da Atenção Domiciliar - *Home Care*, nas modalidades Internação ou Assistência, de acordo com a complexidade assistencial e dos cuidados técnicos para as atividades da vida diária que o paciente necessita, ficará limitado ao prazo definido pelo médico assistente, analisado também o aspecto econômico dos sistemas: *internação hospitalar e Home Care*.

**Parágrafo único.** A autorização, pelo médico assistente, da transferência do paciente internado em hospital para sua residência ou para a de parentes somente deverá acontecer após a contratação, pela Casacaresc, dos serviços de *Home Care*, e mediante anuência formal do paciente ou de seu responsável.

**Art. 45** A Atenção Domiciliar na modalidade Assistência implica pagamento, pelo titular perante o plano de saúde, de coparticipação sobre o valor negociado com a empresa prestadora dos serviços de *Home Care*, no percentual estipulado no plano de custeio do CASA PASA.

**Parágrafo único.** O pedido de assistência domiciliar previsto neste artigo somente poderá ser atendido após o beneficiário titular firmar sua concordância com a coparticipação estipulada e avaliação profissional, devendo o avaliador emitir parecer que permita decisão ao encontro do melhor para o beneficiário, sem descuidar do plano de saúde.

**Art. 46** A Atenção Domiciliar prevista na presente norma não inclui a cobertura de despesas com serviços de cuidadores(as), sendo estes de responsabilidade exclusiva do beneficiário.

## CAPÍTULO VIII DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

**Art. 47.** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do CASA PASA os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e provenientes de:

- I - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e/ou em desacordo com as respectivas Diretrizes de Utilização (DUT);
- II- Técnicas cirúrgicas não descritas no Anexo I da RN 428 ou subsequente, da ANS, no caso de haver especificação de técnica (s) para o procedimento coberto;
- III - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CASACARESC sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- IV - Atendimentos prestados antes do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- V - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aquele que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- VI - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- VII - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VIII – Reprodução *invitro*;
- IX - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- X - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso,

estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XI - Transplantes não listados na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;

XII - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XIII - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

XIV - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico, ressalvados os procedimentos previstos na Cobertura Adicional nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;

XV - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XVI- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVII - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XVIII - Serviços de enfermagem em caráter particular, sejam em regime hospitalar ou domiciliar;

XIX - Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência, ressalvados os casos de *Home Care*, conforme previsto na subseção única da seção IV do Capítulo VII;

XX - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXI - Aparelhos ortopédicos;

XXII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por profissionais não

credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de preços adotada pela CASACARESC;

XXIV - Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;

XXV – Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;

XXVI - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXVII - Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXVIII - Avaliação pedagógica;

XXIX - Orientações vocacionais;

XXX - Psicoterapia com objetivos profissionais;

XXXI - Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXXII - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXIII - Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;

XXXIV - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;

XXXV - Tratamentos ortodônticos;

XXXVI - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

XXXVII - Transplantes ósseos;

XXXVIII - Enxertos ósseos, biomateriais e gengivais;

XXXIX - Próteses metalocerâmicas e de porcelana;

XL - Restaurações utilizando porcelana;

XLI - Serviços com porcelanas ou metais nobres;

XLII - Clareamento dentário;

XLIII - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

## **CAPÍTULO IX DAS CARÊNCIAS**

**Art. 48.** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas asseguradas pelo CASA PASA.

**Art. 49.** Os serviços previstos neste instrumento serão prestados após cumprimento das carências a seguir especificadas:

I - 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência;

II - 300 (trezentos) dias para o parto a termo; e

III - 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos;

§ 1º O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao CASA PASA.

§ 2º É vedada a antecipação de contribuição com o intuito de abreviar o período de carência.

§ 3º As carências cumpridas em outros planos privados de assistência à saúde não serão aproveitadas na inscrição e reintegração dos Beneficiários ao CASA PASA, respeitado o disposto na regulamentação da ANS.

**Art. 50.** O Beneficiário estará isento do cumprimento do período de carência desde que formalize o pedido de sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o CASA PASA.

**Parágrafo único.** Exemplificativamente, entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no *caput* deste artigo, a data em que for configurado o vínculo empregatício do Titular, a data de contração do matrimônio, a data de início da união estável, a data de nascimento do filho etc.

## **CAPÍTULO X DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**Art. 51.** Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.



**Art. 52.** No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário ou Beneficiário Titular, quando for o representante legal de dependente menor ou incapaz, deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do CASA PASA.

**Art. 53.** 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 pela CASACARESC, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

**Art. 54.** Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CASACARESC, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**Art. 55.** 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.

**Art. 56.** 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 CASACARESC, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

**Art. 57.** 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 CASACARESC oferecerá a cobertura parcial temporária.

**Art. 58.** A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

**Parágrafo único.** Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

**Art. 59.** A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

**Art. 60.** As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CASACARESC por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CASACARESC para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária ou mediante processo administrativo instaurado junto a ANS.

**Art. 61.** Exercendo prerrogativa legal, a CASACARESC não optará pelo fornecimento do Agravo.

**Art. 62.** 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 CASACARESC deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

§ 1º Instaurado o processo administrativo na ANS, à CASACARESC caberá o ônus da prova.

§ 2º A CASACARESC 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.

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

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

§ 5º Após julgamento, e acolhida a alegação da CASACARESC, 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 ou lesão preexistente, pela CASACARESC, bem como será excluído do CASA PASA.

§ 6º Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do CASA PASA até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

**Art.63.** O presente capítulo não vigorará caso o Beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível ao CASA PASA.

## **CAPÍTULO XI DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA**

**Art. 64.** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**Art. 65.** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Art. 66.** Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente Instrumento:

- I – Consulta odontológica de urgência;
- II - Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
- III - Tratamento de odontalgia aguda;
- IV - Imobilização dentária;
- V - Recimentação de peça/trabalho protético;
- VI - Tratamento de alveolite;
- VII - Colagem de fragmentos dentários;
- VIII - Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região bucomaxilofacial;
- IX - Reimplante de dente avulsionado com contenção.

**Art. 67.** Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I - Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao CASA PASA;

II - Depois de cumprida a carência para internação, 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;

III - Durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;

IV - Depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V - Durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

**Parágrafo Único.** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

## **CAPÍTULO XII DA REMOÇÃO**

**Art. 68.** Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor e conforme as seguintes regras:

I - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do CASA PASA, 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;

II - Quando a remoção for solicitada/realizada por interesse dos familiares, esta não será de responsabilidade da CASACARESC;

III - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação;

IV - Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões preexistentes.

§1º A CASACARESC autorizará a remoção do beneficiário que estiver internado para realização de procedimentos em clínicas médicas, quando justificável a medida pela falta de recursos da unidade hospitalar e pela necessidade do paciente atestada pelo médico assistente.

§2º. Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

**Art. 69.** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I - Quando não possa haver remoção por risco de vida do paciente, o seu responsável ou Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CASACARESC desse ônus;

II - Caberá à CASACARESC 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;

III – Na remoção, a CASACARESC deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

IV - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não componha o SUS, nos termos descritos neste artigo, a CASACARESC estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## **CAPÍTULO XIII DO REEMBOLSO**

**Art. 70.** Nos casos de urgência ou de emergência, quando não for utilizada a rede credenciada, será assegurado o reembolso das despesas realizadas pelos Beneficiários, dentro do território nacional.

**Art. 71.** Será também assegurado o ressarcimento de despesas pagas diretamente pelo Beneficiário a profissionais e estabelecimentos não credenciados, relativas a atendimentos eletivos realizados dentro da área geográfica de abrangência e atuação do CASA PASA.

**Art. 72.** Os reembolsos, em qualquer hipótese, se darão conforme cobertura especificada neste Regulamento e de acordo com os valores previstos na Tabela de Referência utilizada pela CASACARESC vigente à data do evento.

§ 1º Entende-se por Tabela de Referência, para fins do disposto neste Regulamento, a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela CASACARESC no pagamento à rede credenciada.

§ 2º A Tabela de Referência da CASACARESC está registrada no 1º Ofício de Registro Cível, Títulos, Documentos e Pessoas Jurídicas de Florianópolis Sob. Nº 306709 Livro B – 808, Folha 114, estando também disponível na sede da CASACARESC e no site [www.casacaresc.org.br](http://www.casacaresc.org.br) - Portal do Beneficiário. Sempre que houver alteração em referida tabela (conforme negociação com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§ 3º Em caso de dúvida sobre a tabela de reembolso, o beneficiário poderá contatar a CASACARESC através do telefone (48) 3665-5473 ou e-mail [reembolso@casacaresc.org.br](mailto:reembolso@casacaresc.org.br).

**Art. 73.** Serão descontados do reembolso os valores de coparticipação previstos neste Regulamento.

**Art. 74.** A diferença entre o valor da despesa e o valor do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

**Art. 75.** Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

**Art. 76.** Serão exigidos os seguintes documentos, de acordo com o procedimento realizado em favor do beneficiário:

I - Comprovante de pagamento, emitido no nome beneficiário atendido, contendo o carimbo com o CPF e número do profissional no conselho de sua especialidade ou quando pessoa jurídica, CNPJ do prestador de serviço com a descrição e informações do produto ou serviço prestado e data do atendimento;

II - Cópia do pedido médico ou dentista;

III - Cópia do relatório cirúrgico em caso de cirurgia;

IV - Laudos de exames;

V - Formulário de solicitação de Reembolso médico ou odontológico disponível no site da Casacaresc.

**Art. 77.** Os recibos ou Notas Fiscais dos procedimentos pagos deverão ser emitidos ou identificados em nome do beneficiário atendido.

**Art. 78.** O pedido de reembolso deverá ser feito pelo Beneficiário Titular ou pelo dependente, maior de 18 (dezoito) anos de idade, até o prazo de 12 (doze) meses, após a realização do procedimento, acompanhado da documentação comprobatória, datada, que deverá obedecer aos requisitos previstos nos Formulários de Solicitação de Reembolso médico e odontológico:

I - Se pessoa física: recibo deve ser emitido pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda - CPF, endereço e ou CNS do profissional;

II - Se pessoa jurídica: ser emitida através de nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ.

§ 1º Em ambos os casos, deverão ser discriminados os procedimentos ou atendimentos contendo o número de atendimentos realizados, laudo do profissional que assiste o Beneficiário, expressão numérica e por extenso do valor do procedimento, data e assinatura do profissional.

§ 2º Nas contas hospitalares, deverão ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e

quantidade de anestésicos, medicamentos, materiais, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários;

§ 3º Nos casos de odontologia, o profissional deverá informar o número do dente, nº de faces, nº de raízes tratadas, material utilizado, tipo da profilaxia ou radiografia.

**Art. 79.** Os reembolsos somente serão processados após o recebimento, pela CASACARESC, de toda a documentação e informações referente ao procedimento realizado, conforme previsto nos Formulários de Solicitação de Reembolso Médico ou Odontológico, disponíveis no site [www.casacaresc.org.br](http://www.casacaresc.org.br).

**Art. 80.** O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega dos documentos.

## **CAPÍTULO XIV**

### **CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

#### **Seção I**

#### **Condições de Atendimento**

**Art. 81.** A CASACARESC prestará seus serviços por meio do sistema de escolha dirigida, em que o atendimento é prestado com acesso à rede credenciada ou contratada ou de livre escolha, conforme regras de reembolso definidas no presente Regulamento.

**Art. 82.** Para atendimento na rede credenciada ou contratada, será necessária a apresentação da Carteira de Utilização do CASA PASA e da carteira de identidade ou documento equivalente com foto.

§ 1º Será disponibilizado aos Beneficiários, no site da Operadora [www.casacaresc.org.br](http://www.casacaresc.org.br), guia médico/odontológico com a relação dos profissionais e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do CASA PASA.

§ 2º Os profissionais ou entidades credenciados, prestadores de serviços médico-hospitalares e de diagnóstico serão pagos diretamente pela CASACARESC.

§ 3º A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos Beneficiários, privilegiando os casos de



emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 05 (cinco) anos de idade.

§ 4º A CASACARESC poderá ampliar, excluir ou substituir prestadores de serviço e locais de atendimento, respeitando-se ao disposto no artigo 17 da Lei nº 9.656/1998, em especial:

I - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor;

II - Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CASACARESC durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a CASACARESC providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência;

III - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

§ 5º É permitido à CASACARESC o referenciamento a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria da CASACARESC recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

§ 6º Nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador na localidade demandada pelo Beneficiário, também será permitido à CASACARESC o direcionamento ao prestador por ela indicado, para fins de cumprimento dos prazos de atendimento previstos nos normativos emanados pela ANS.

**Art. 83.** A CASACARESC poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar perícias médicas de quaisquer tratamentos autorizados, com vistas a comprovar sua necessidade, realização e eficácia.

**Art. 84.** Dependirão de autorização prévia da CASACARESC:

I - Internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas;

II - Procedimentos cirúrgicos;

- III - Tomografias computadorizada e ressonância magnética;
- IV - Demais procedimentos cujo custo individual ultrapasse o valor equivalente ao montante de 6 consultas eletivas previstas da tabela de referência;
- V - Todos os procedimentos com Diretrizes.

**Art. 85.** Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da CASACARESC.

**Art. 86.** No caso de exames complementares de diagnóstico, os comprovantes de prestação de serviços deverão vir acompanhados de pedido emitido por profissional devidamente habilitado, excluídos desta exigência os exames realizados no consultório do próprio profissional.

**Art. 87.** As autorizações para a realização dos procedimentos previstos neste Regulamento terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

**Parágrafo único.** Após o vencimento, essas autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas.

**Art. 88.** Quando requerida autorização, o pedido médico deverá ser apresentado à Casacaresc ou diretamente às Redes de Serviços Contratadas, que garantirá o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à CASACARESC, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

**Parágrafo único.** O retorno ao beneficiário sobre a autorização ou não do evento solicitado será realizado dentro dos prazos estabelecidos pela legislação vigente à época do evento.

**Art. 89.** Em caso de divergência médica ou odontológica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico ou cirurgião-dentista da CASACARESC e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CASACARESC.

**Parágrafo Único.** Os requisitos e procedimentos para instauração da junta mencionada acima serão conforme disposto na regulamentação vigente.

**Art. 90.** A CASACARESC não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento, bem como pelo atendimento a pessoas não integrantes do CASA PASA.

**Art. 91.** A CASACARESC não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos associados, com hospitais, entidades, ou médicos filiados ou não, sendo tais despesas de inteira responsabilidade do associado e correrão por conta exclusiva deste.

## **Seção II**

### **Mecanismo de Regulação**

**Art. 92.** Na utilização dos procedimentos cobertos pelo CASA PASA, serão devidos pelos Beneficiários os percentuais e valores de coparticipação estabelecidos no Plano de Custeio do CASA PASA.

## **CAPÍTULO XV**

### **DO CUSTEIO**

**Art. 93.** O CASA PASA será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**Art. 94.** O Plano de Custeio do CASA PASA, obedecidas as normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

I - Contribuições mensais dos Beneficiários Titulares ativos, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes, conforme previsto no plano de custeio (tabela 01);

II - Contribuições mensais dos Beneficiários demitidos ou aposentados mantidos no CASA PASA, bem como dos Dependentes mantidos após o óbito do Titular, que deverão assumir a Tabela 02 (Inativos/Aposentados) conforme previsto no plano de custeio.

III - Coparticipação do Beneficiário, na forma disposta no Plano de Custeio do CASA PASA e neste Regulamento;

IV - Valores repassados pelas PATROCINADORAS;

V - Receitas provenientes de fundos eventualmente criados após aprovação do Conselho Deliberativo da CASACARESC;

VI - Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias.

§ 1º O Plano de Custeio do CASA PASA deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos Beneficiários, valores e percentuais de coparticipação, valores de patrocínio, repasses dos fundos, se for o caso, e eventuais novas fontes de receita, devendo ser divulgado pela CASACARESC de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

§ 2º O plano de custeio deverá ser divulgado pela CASACARESC de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados e não poderá prever estipulações que afrontem as normas legais aplicáveis, bem como eventuais contratos e/ou convênios firmados entre as PATROCINADORAS e a CASACARESC.

§ 3º Após a aprovação do Plano de Custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

**Art. 95.** As contribuições mensais e eventuais valores de coparticipação do titular e seus dependentes serão cobrados conforme termo de Convênio de Adesão com as Patrocinadoras:

I - Beneficiário titular ativo: mediante desconto automático em folha de pagamento;

II - Beneficiário titular aposentado, inativos e pensionistas: desconto no benefício da previdência privada da patrocinadora, boleto ou débito em conta;

§ 1º Em caso de atraso no pagamento das contribuições mensais e coparticipação, os respectivos valores serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros de 0,033% ao dia.

**Art. 96.** Poderá ser exigida pela Diretoria da CASACARESC cobrança para emissão da Carteira Individual de utilização do PASA.

## **CAPÍTULO XVI DO REAJUSTE**

**Art. 97.** As contribuições mensais e coparticipações, bem como seus eventuais componentes, definidos no plano de custeio, serão reajustados anualmente, tendo como

data base o mês de janeiro, com base na variação positiva do INPC, divulgado pelo IBGE, acumulada, divulgado no período e com retroatividade de 02 (dois) meses nos últimos 12 (doze) meses, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, devendo ainda ser observada a necessidade de reajuste técnico tratado neste Regulamento

**Art. 98.** O Plano de Custeio do CASA PASA será objeto de avaliação atuarial anual visando ao seu equilíbrio financeiro, levando-se em conta a variação dos custos médico-hospitalares, a sinistralidade ocorrida, a inflação do período e o perfil da carteira de Beneficiários.

**Parágrafo único.** O reajuste técnico previsto neste artigo, decorrente da alteração do nível de utilização do PLANO, é fundamentado em estudos técnicos, sempre buscando o seu equilíbrio, e será aplicado no momento do reajuste financeiro.

**Art. 99.** Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

**Art. 100.** Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no mês de janeiro de cada ano, entendendo-se esta como data-base única.

**Art. 101.** Qualquer reajuste aplicado ao CASA PASA deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

**Art. 102.** Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do CASA PASA, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais, nos eventuais componentes e coparticipações em valor.

**Art. 103.** Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da CASACARESC para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

## **CAPÍTULO XVII DAS FAIXAS ETÁRIAS**

**Art. 104.** As contribuições mensais dos Beneficiários previstas no plano de custeio foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, conforme os percentuais de variação incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias:	% de variação
I - 0 a 18 anos de idade	-
II - 19 a 23 anos de idade	25,00%
III - 24 a 28 anos de idade	20,00%
IV - 29 a 33 anos de idade	20,00%
V - 34 a 38 anos de idade	20,00%
VI - 39 a 43 anos de idade	20,00%
VII - 44 a 48 anos de idade	20,00%
VIII - 49 a 53 anos de idade	20,00%
IX - 54 a 58 anos de idade	10,00%
X - 59 anos e acima	12,00%

§ 1º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

- I - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- II - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixa.

§ 2º Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§ 3º Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

## **CAPÍTULO XVIII**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS**

**Art. 105.** A utilização indevida das coberturas previstas neste Regulamento, mediante o cometimento de ato ilícito, bem como a realização de serviços não cobertos ou o uso dos serviços após a exclusão do CASA PASA ou durante o período de suspensão por

inadimplência, implicam arcar o Beneficiário Titular com o respectivo custo do procedimento, em seu valor integral.

**Art. 106.** Qualquer tolerância da CASACARESC na execução das normas regulamentares não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**Art. 107.** Respeitadas as disposições do presente Regulamento, a Diretoria Executiva da CASACARESC emitirá as resoluções necessárias a disciplinar o funcionamento do CASA PASA.

**Art. 108.** Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da CASACARESC, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

**Art. 109.** É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pelas PATROCINADORAS, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS, e suas alterações.

**Art. 110.** Este Regulamento, aprovado pelo Conselho Deliberativo da CASACARESC em 24 de setembro de 2020, tem vigência a contar de 01 de janeiro de 2021, e vigorará por prazo indeterminado.

**Art. 111.** O encerramento da operação do plano de saúde tratado neste Regulamento se dará de acordo com o Estatuto Social da CASACARESC, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

**Art. 112.** Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

## **PLANO DE CUSTEIO DO CASA PASA**

O Conselho Deliberativo da Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Acaresc – CASACARESC, em reuniões realizadas nos dias 29 de julho e 24 de setembro de 2020, na forma de web conferência, com o uso da ferramenta Google Meet, por força da pandemia de Covid-19 que assola o Brasil, aprovou as seguintes regras do Plano de Custeio para a instituição, em forma de ANEXO ao Regulamento do Novo Programa de Assistência à Saúde – CASA PASA:

**Art. 1º** Quando do pedido de fornecimento de segundas vias de Carteirinhas do plano de saúde será cobrado o valor de R\$ 4,19 (quatro reais e dezenove centavos) para o cartão da rede direta; R\$ 18,15 (dezoito reais e quinze centavos) para o cartão da rede indireta, em valores de 1º de janeiro de 2021. Estes valores serão corrigidos anualmente pelo INPC, a partir de janeiro de 2022, considerando o INPC acumulado no período de outubro/2020 a setembro/2021, e com igual forma nos anos seguintes.

**Parágrafo único.** Quando da inscrição não será cobrado do beneficiário o custo das carteirinhas do plano de saúde.

**Art. 2º** As seguintes regras deverão ser observadas referente à CONTRIBUIÇÃO para o plano de saúde:

I – As Patrocinadoras contribuirão mensalmente para CASACARESC referente a seus empregados e diretores ativos, recebidos à disposição, em licença doença e em licença acidente do trabalho e seus Dependentes diretos, com 4% (quatro por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, como parte patronal, inclusive sobre o 13º salário.

II - As contribuições mensais devidas ao CASA PASA foram estabelecidas através de tabela por faixa etária. Os titulares ativos, em licença doença e em licença acidente do trabalho e seus dependentes diretos, com subsídio patronal, contribuirão conforme tabela 01, da seguinte forma:

<b>TABELA 01</b>		
<b>Titulares ativos nas Patrocinadoras e Dependentes Diretos</b>		
<b>Faixa Etária</b>	<b>Titular</b>	<b>Dependente Direto</b>
<b>0 - 18</b>	86,38	75,60
<b>19 - 23</b>	107,97	94,50
<b>24 - 28</b>	129,56	113,39
<b>29 - 33</b>	155,49	136,08
<b>34 - 38</b>	186,56	163,28
<b>39 - 43</b>	223,88	195,94
<b>44 - 48</b>	268,65	235,13
<b>49 - 53</b>	322,40	282,17
<b>54 - 58</b>	354,62	310,37
<b>59 +</b>	397,18	347,61



III - Os associados aposentados, ex-funcionários ou em licença sem remuneração, e seus dependentes diretos, bem como os Dependentes diretos mantidos após o óbito do Titular, contribuirão mensalmente para a CASA PASA, por faixa etária, conforme tabela 02, sem subsídio patronal, da seguinte forma:

<b>TABELA 02</b>		
<b>Titulares aposentados, ex-funcionários, funcionários em licença sem remuneração e pensionistas (dependentes diretos mantidos após óbito do titular)</b>		
<b>Faixa Etária</b>	<b>Titular</b>	<b>Dependente Direto</b>
<b>0 - 18</b>	172,76	138,21
<b>19 - 23</b>	215,94	172,76
<b>24 - 28</b>	259,12	207,30
<b>29 - 33</b>	310,97	248,78
<b>34 - 38</b>	373,13	298,50
<b>39 - 43</b>	447,76	358,21
<b>44 - 48</b>	537,31	429,85
<b>49 - 53</b>	644,80	515,84
<b>54 - 58</b>	709,25	567,40
<b>59 +</b>	794,36	635,49

**Art. 3º** Na utilização, pelos Beneficiários inscritos no CASA PASA, dos procedimentos abaixo relacionados serão devidos os seguintes valores a título de COPARTICIPAÇÃO aprovadas pelo Conselho Deliberativo:

I - Consultas médicas ambulatoriais (consultório ou pronto atendimento): 50% (cinquenta por cento) sobre o valor do procedimento;

II- Internações Psiquiátricas contínuas ou não, no transcorrer do ano de adesão do Beneficiário:

a) Nos primeiros 45 (quarenta e cinco) dias de internação, não há coparticipação;

b) Do 46º (quadragésimo sexto) ao 60º (sexagésimo) dia de internação, será cobrada coparticipação no percentual 20% (vinte por cento) sobre o valor das despesas;

c) Do 61º (sexagésimo primeiro) dia de internação em diante, será cobrada

coparticipação no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor das despesas.

III - Procedimentos fisioterápicos: a coparticipação das sessões de fisioterapia é de 30% do valor da sessão, independentemente do número de sessões prescritas.

IV - Acupuntura: a coparticipação das sessões de acupuntura é de 30% do valor da sessão, independentemente do número de sessões prescritas;

V - Exames complementares: coparticipação de 30% do valor final de cada evento; com o valor máximo de coparticipação de R\$ 150,00.

VI - Exames de Imagem (ex. Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética): Independente do número de procedimentos realizados no ano civil, coparticipação de 30% do valor final de cada evento; com o valor máximo de coparticipação de R\$ 150,00 (valor este reajustado anualmente conforme Capítulo específico deste Regulamento)

VII - Sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica: 1ª a 20ª sessão coparticipação de 20%; a partir da 21ª (vigésima primeira) sessão, coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor do procedimento, devendo, em qualquer hipótese, ser observadas as respectivas Diretrizes de Utilização (DUT) vigentes à época do evento;

VIII - Procedimentos e eventos ambulatoriais que não estejam previstos nos demais incisos deste artigo, inclusive quando realizados em ambiente hospitalar, mas que integram a segmentação ambulatorial pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS terão coparticipação de 30% sobre o valor do procedimento; com o valor máximo de coparticipação de R\$ 150,00;

VIII.1) Procedimentos médicos ambulatoriais com aplicação de medicamentos exigidos para TERAPIA IMUNOBiolÓGICA, sob recomendação médica e com observação das diretrizes da ANS, em unidade de saúde, haverá coparticipação de 10% (dez por cento) do custo total da terapia; com o valor máximo de coparticipação de R\$ 150,00

VIII.2) No caso de procedimento ambulatorial que evoluir para internação não será devida coparticipação;

IX - Procedimentos odontológicos: coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor do procedimento conforme tabela de cobertura, divulgada pela CASACARESC;

X - Consultas/sessões com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo ou de psicoterapia, sem limitação, desde que solicitadas pelo médico assistente, exclusivamente quando preenchido pelo menos um dos critérios técnicos descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos

e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento. Coparticipação de 30% (trinta por cento);

XI – Consultas/sessões com terapeuta ocupacional, além da cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos Diretrizes de Utilização (DUT) nele estabelecidas. Os limites da cobertura (número de consultas / sessões) serão determinados em cada caso concreto, conforme diagnóstico do paciente. Coparticipação de 30% (trinta por cento);

XII– Coparticipação do Home Care:

A Atenção Domiciliar na modalidade Assistência implica pagamento de coparticipação pelo titular perante o plano de saúde, no percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor negociado com a empresa prestadora dos serviços de *Home Care*.

**Art. 4º** Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CASACARESC, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus dependentes, definida em percentuais e calculada a partir dos valores constantes das tabelas praticadas.

**Art. 5º** Serão observadas as seguintes regras nas coberturas adicionais:

I – Reembolso de valor gasto na compra de aparelhos auditivos para surdez, pelo associado, mediante recomendação médica, limitado ao valor de R\$ 7.883,22 o par e R\$ 3.941,61 unitário. Troca a cada 5 anos;

II – Autorização pelo plano ou reembolso para serviços de análises clínicas, discriminados na tabela TUSS, mas não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, nos limites de até R\$ 315,31 – 30% de coparticipação - R\$ 220,72 de reembolso;

III – PET-SCAN, no caso de câncer, sem observação das DUT – coparticipação de 30% (trinta por cento), limitada ao teto de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais);

IV - Tomografia de Coerência ótica sem observação das DUT - coparticipação de 30% (trinta por cento), limitada ao teto de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais);

V - Tomografia Cone Beam - somente reembolso - valor até R\$ 414,98 – 30% de coparticipação - R\$ 290,48 de reembolso;

VI - Sessão de Osteopatia e Quiropraxia – somente reembolso - 50% do valor da sessão até o limite de R\$ 61,75 e 10 sessões/ano por beneficiário;

VII - Sessão de RPG – somente reembolso - 50% do valor da sessão, até o limite de R\$ 43,52. Limitado a 10 sessões/ano e por beneficiário;

VIII - Medicamento Clexane em caso de trombofilia para gestantes, somente reembolso - coparticipação de 30% (trinta por cento);

IX - Vacina contra Gripe: Campanha orientada pela Casacaesc ou por reembolso. A cobertura é de 50% do valor da dose vacinal, com valor máximo do reembolso de R\$ 44,98;

X- Dermatocalaze ou Blefarocalaze – somente reembolso com auxílio no valor de Bilateral - R\$ 1.510,18 e Unilateral R\$ 888,34;

XI - Prótese Ocular (olho de vidro). Auxílio limitado ao valor de R\$ 1.530,75. Troca a cada 5 anos.

XII - Reembolso placa miorelaxante (placa para bruxismo): R\$ 553,29 – 30% de coparticipação. Reembolso máximo de R\$ 387,30. Poderá solicitar novo reembolso após 36 meses.

XIII - Transtornos da articulação temporomandibular – Infiltração: Será autorizada a cobertura do material e medicamento, valor de tabela, com coparticipação de 30%. Auxílio de até R\$ 562,28 para custeio dos honorários odontológicos, sem coparticipação.

XIV- Reembolso de consulta/sessões com fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta: cobertura, independente de recomendação do médico, mas com justificativa da indicação clínica pelo profissional que atender o beneficiário - com coparticipação regulamentar. O reembolso tomará por base o maior valor contratado.

XV- Home Care: observando o regramento contido na subseção única da seção IV do Capítulo VII do Regulamento do CASA PASA, a Atenção Domiciliar na modalidade Assistência implica pagamento de coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre o valor negociado com a empresa prestadora dos serviços de *Home Care*.

**Parágrafo único.** Os valores discriminados no presente artigo serão praticados a partir de janeiro/2021, e serão reajustados de acordo com a regra prevista no Art. 97 do regulamento.

**Art. 6º.** Os valores e percentuais previstos no presente Plano de Custeio serão revistos anualmente, de acordo com a regra prevista no Art. 97 deste regulamento.

**Art. 7º** O presente ANEXO é parte integrante do Regulamento do CASA PASA, entrando em vigor na data estipulada para este.