



## REGULAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PASA

### 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 Programa de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado PASA.

**Art. 2º** São patrocinadoras do 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 - Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Rural Sustentável do Estado de Santa Catarina - FUNDAGRO, inscrita no CNPJ sob o nº 01.169.455/0001-06, instalada na Avenida Madre Benvenuta, 1666, Bairro Santa Mônica, Florianópolis-SC, denominada Empregadora Participante nos termos do Estatuto Social da CASACARESC;

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

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 PASA e está registrado na ANS sob o nº 465.716/11-1, 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.



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

Parágrafo único - Além das coberturas previstas nos artigos 30 a 35 deste Regulamento, serão asseguradas as coberturas adicionais especificadas no art. 36 do instrumento.

### **CAPÍTULO III ATRIBUTOS DO REGULAMENTO**

**Art. 4º** O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, 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 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, assim considerado quando houver união estável, caracterizada nos termos do Código Civil Brasileiro, configurada quando haja convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família;

c) Filhos ou enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos, de qualquer condição;

d) Filhos ou enteados, solteiros, até 24 (vinte e quatro) anos, se universitário (cursando graduação), mediante apresentação de comprovante de matrícula nos meses de março e agosto, sob pena de não terem as respectivas inscrições deferidas, ou de exclusão do Plano por inelegibilidade, ou, por fim, de aplicação das penalidades instituídas pelo Conselho Deliberativo em caso de utilização indevida do PLANO;

e) Filhos ou enteados, solteiros, inválidos, de qualquer idade;

f) Menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;

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

§ 2º É obrigação do Titular informar à Casacaresc quando filhos ou enteados, com idade



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

entre 21(vinte e um) anos e 24 (vinte e quatro) anos, concluírem o curso de graduação, sob pena de responsabilizar-se integralmente pelas despesas de seu dependente, no caso deste fazer uso do plano de saúde após a colação de grau.

§ 3º Os companheiros, para fins de inscrição no PASA, deverão firmar declaração por instrumento público ou por instrumento particular com registro no cartório de títulos e documentos, constando a existência do vínculo e a data de início da sua constituição.

§ 4º Os empregados licenciados sem remuneração, que tenham sido vinculados anteriormente às PATROCINADORAS e que expressem sua intenção de permanecerem no 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.

§ 5º 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 PASA sem cumprimento de novos prazos de carência, desde que o titular requeira 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.

§ 6º Após o falecimento do Beneficiário Titular, não poderão ser inscritos novos Dependentes no PASA, à exceção do direito de inscrição assegurado ao recém-nascido nos termos deste Regulamento.

§ 7º Após o falecimento do Beneficiário Titular, os dependentes inscritos no PASA serão transferidos para o plano especialmente destinado aos Dependentes Especiais, mediante requerimento.

**Art. 8º** É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção, e que o Beneficiário (pai ou mãe) tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação; e

II - do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, cabendo a exigência de cobertura parcial temporária, nos casos das Doenças e Lesões Preexistentes.

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.



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

§ 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.** O Beneficiário Titular que vier a se separar, ou se divorciar, somente poderá excluir seu cônjuge mediante apresentação da respectiva sentença judicial com certificação do trânsito em julgado; ou mediante comprovação de separação de fato com negativa de alimentos àquela(e), fato que descaracteriza a relação de dependência econômica; ou mediante declaração do(a) ex-cônjuge, com firma reconhecida, indicando a sua intenção de não permanecer sob a proteção do PASA.

**Art. 12.** 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. 13.** Na hipótese de ambos os cônjuges serem empregados de alguma das PATROCINADORAS, caberá ao cônjuge com maior remuneração contribuir para o PASA, na condição de Beneficiário Titular.

§ 1º No caso de um dos cônjuges se aposentar, continuará contribuindo como titular o que tiver maior remuneração/benefício.

§ 2º No caso de ambos os cônjuges estarem aposentados, o titular será o que tiver o benefício maior.

**Art. 14.** O Beneficiário Titular deverá devolver as carteiras de utilização do PASA dos Dependentes que perderem condição de elegibilidade, sob pena de responderem pela má utilização das coberturas garantidas.

**Art. 15.** Mensalmente, a CASACARESC enviará, para o Representante Regional, para os titulares que informaram email e para os aposentados e inativos para o endereço informado à CASACARESC, a relação dos Dependentes que completarão 21 (vinte e um) ou 24 (vinte e quatro) anos.

## CAPÍTULO V DA SUSPENSÃO E DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E DAS CONDIÇÕES DE REINGRESSO

**Art. 16.** 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 do 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;

**Art. 17.** 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;



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

- 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 do 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. 17-A.** Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do 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 Programa de Assistência à Saúde;
- IV - Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do Programa de Assistência à Saúde; e
- 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 Programa de Assistência à Saúde, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos art.s 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

**Art. 18.** 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 serão transferidos para o plano especialmente destinado aos Dependentes Especiais, mediante requerimento;

§ 2º Quando a exclusão do Beneficiário Dependente se der em virtude da perda da relação de dependência com o Beneficiário Titular e/ou a causa justificadora de sua inclusão no PASA, poderá ser incluído no plano especialmente destinado aos Dependentes Especiais;

§ 3º 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.





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**Art. 19.** O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PASA, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

§ 1º As solicitações de exclusões protocoladas na CASACARESC até o dia 8 (oito) serão efetivadas no dia 30 (trinta) do mesmo mês, cabendo ao associado titular pagar ainda o mês em que solicitou a exclusão.

§ 2º As solicitações de exclusões protocoladas na CASACARESC após o dia 8 (oito) serão efetivadas no dia 30 (trinta) do mês subsequente, cabendo ao associado pagar ainda o mês da solicitação de exclusão e o mês seguinte.

**Art. 20.** 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. 21.** O reingresso do Beneficiário Titular excluído e de seus Dependentes, por falta de pagamento ou por solicitação, ficará condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos:

I - Quitação de todos os eventuais débitos pendentes, devidamente atualizados na forma deste Regulamento;

II - Cumprimento dos prazos de carência, caso o retorno ao PASA ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da data da exclusão;

III - Preenchimento de nova declaração de saúde, caso o retorno ao PASA ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da data da exclusão.

Parágrafo único. O beneficiário demitido sem justa causa, em licença sem remuneração ou aposentado que se mantiver no PASA nas condições previstas neste Regulamento, e que for excluído em razão de inadimplência ou solicitação, somente poderá ser reincluído no PASA uma única vez, desde que solicitado dentro do prazo máximo de 60 dias (sessenta dias) da exclusão, mediante o cumprimento dos mesmos requisitos descritos nos incisos deste artigo.

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

### **Seção I Do Demitido**

**Endereço:** Rodovia Admar Gonzaga, 1.347, Itacorubi, C.P. 502, 88034-901 Florianópolis - SC - Brasil  
Fone (048)3665-5486 - Fax (048) 3665-5478  
E-mail: casacaresc@casacaresc.org.br



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**Art. 22.** 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, na forma definida no Plano de Custeio, bem como os eventuais valores de coparticipação devidos, na forma definida no Plano de Custeio.

§ 1º O período de manutenção de beneficiário será de um terço do tempo de permanência no 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 no plano de saúde novo cônjuge e filhos.

**Art. 23.** 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 22.

§ 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 PDI, poderá permanecer por prazo indeterminado no plano de saúde, se estiver aposentado. Caso não esteja aposentado, poderá permanecer no Plano de Saúde por prazo determinado conforme previsto neste regulamento para casos de demissão sem justa causa.

§ 4º O empregado, quando do término do PDV, poderá permanecer por prazo indeterminado no plano de saúde, se estiver aposentado. Caso não esteja aposentado, não poderá permanecer no Plano de Saúde.

**Art. 23-A.** O titular que pedir demissão da patrocinadora não terá direito de permanecer no plano de saúde, juntamente com seus dependentes.

## Seção II 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, na forma definida no Plano de Custeio, bem como os eventuais valores de coparticipação devidos, na forma definida no Plano de Custeio.

**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



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

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 no plano de saúde novo cônjuge e filhos.

**Art. 25-A.** 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 III**

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

**Art. 26.** O direito de manutenção assegurado neste instrumento é extensivo a todos os Beneficiários Dependentes inscritos na vigência do vínculo com as PATROCINADORAS.

**Art. 27.** Em caso de morte do Beneficiário Titular, demitido sem justa causa ou aposentado, os Dependentes inscritos no PASA serão transferidos para o plano especialmente destinado aos Dependentes Especiais, mediante requerimento, respeitados os prazos de permanências previstos nos artigos anteriores.

**Art. 28.** O direito assegurado neste capítulo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

**Art. 29.** A condição de Beneficiário assegurada nos termos deste Capítulo 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. 29-A.** 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 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.





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**Art. 29-B.** O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

**Art. 29-C.** O PASA tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados 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 PASA no momento da perda do vínculo com a PATROCINADORA, desde que em algum momento tenha contribuído para o PASA. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PASA.

**Art. 29-D.** 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 CONSU nº 19/99.

## **CAPÍTULO VII DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**Art. 30.** O 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.

**Art. 31.** 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;

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;

III - Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

IV - 06 (seis) consultas/sessões com fonoaudiólogo, por ano civil, desde que solicitadas pelo médico assistente, limite que poderá ser aumentado para 24 (vinte e quatro) consultas / sessões, nas mesmas condições destacadas acima, exclusivamente quando preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT)



previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

V - 06 (seis) consultas/sessões com nutricionista, por ano civil, desde que solicitadas pelo médico assistente, limite que poderá ser aumentado para 12 (doze) ou para 18 (dezoito) consultas/sessões, nas mesmas condições destacadas acima, exclusivamente quando preenchido todos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;

VI - 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional, por ano civil, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente, desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

VII - 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, por ano civil, desde que solicitadas pelo médico assistente. Os limites da cobertura (número de consultas / sessões) será determinado em cada caso concreto, conforme diagnóstico do paciente desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

VIII - 12 (doze) consultas/sessões de psicoterapia, por ano civil, desde que solicitadas pelo médico assistente e desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

IX - 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;

X - Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

XI - 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, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

XI.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.

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

XIII - 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;

XIV - Hemoterapia ambulatorial;

XV - 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 -



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

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;

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

**Art. 32.** 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 e um acompanhante, este com direito a café da manhã;

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;

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 - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

VI - Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Regulamento, em território brasileiro;

VII - 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, bem como do filho ou do enteado maior e inscrito na condição de inválido, salvo contra indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VIII - Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos;

VIII.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos cobertos;

VIII.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha da CASACARESC.

VIII.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a CASACARESC, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela CASACARESC.

IX - 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;



X - 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;

X.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;

X.2) 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.3) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

XI - 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) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

a) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) 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.

XII - 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;

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

XIV - 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 usuário receptor;

b) medicamentos utilizados durante a internação;





c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

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

XIV.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.

XV - 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 (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contra-indicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou por até no máximo 10 (dez) dias, desde que haja indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.

XVI - 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 para internação.

**Art. 33.** 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 auto-infligidas;

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 - Além da coparticipação regular, prevista neste Regulamento, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do usuário, não cumulativos.





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**Art. 34.** 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 anestesiológico, caso haja indicação clínica;

III - Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.

IV - 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. 35.** 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:

a) Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

b) Procedimentos de URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

c) Procedimentos de RADIOLOGIA:

d) Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

e) Procedimentos de DENTÍSTICA:

f) Procedimentos de PERIODONTIA:

g) Procedimentos de ENDODONTIA:

h) Procedimentos de CIRURGIA:

i) Procedimentos de PRÓTESE DENTAL:

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 Odontológicos vigente à época do evento.

**Art. 36.** O presente Regulamento garantirá, ainda, as seguintes coberturas adicionais:

I – Reembolso de valor gasto na compra de aparelhos auditivos para surdez, pelo associado, mediante recomendação médica, limitado ao custo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) o par, com correção anual pelo INPC, índice acumulado dos 12 (doze) meses anteriores, considerando início em 01/09/2011. E a correção será feita no mês de



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

reajuste deste Plano. A aquisição de um novo aparelho será custeado pelo plano somente após o período de 5 (cinco) anos da aquisição anterior.

II – Autorização pelo plano ou reembolso para serviços de análises clínicas não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, até o valor máximo de R\$ 200,00 (duzentos reais), com correção anual pelo INPC, índice acumulado dos 12 (doze) meses anteriores, considerando início em 01/09/2011. E a correção será feita no mês de reajuste deste Plano .

III – PET-SCAN, no caso de câncer, e Tomografia de Coerência ótica sem observação das DUT.

Parágrafo Único. Os valores definidos neste artigo serão corrigidos anualmente, em setembro, pelo INPC acumulado do período de junho do ano anterior a maio do ano da correção.

## **CAPÍTULO VIII DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Art. 37** 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 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 - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CASACARESC sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

III - Atendimentos prestados antes do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

IV - 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);

V - 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;

VI - 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 pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

VII - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VIII - 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;

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



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

- X - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;
- XI - 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;
- XII - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- XIII - 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;
- XIV - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XV- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XVI - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XVII - Serviços de enfermagem em caráter particular, sejam em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVIII - Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XIX - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XX Aparelhos ortopédicos;
- XXI - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXII - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por profissionais não credenciados ao plano contratado, à 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;
- XXIII - Alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como do filho ou do enteado maior e inscrito na condição de inválido, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXIV - 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;
- XXV - Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXVI - Avaliação pedagógica;
- XXVII - Orientações vocacionais;
- XXVIII - Psicoterapia com objetivos profissionais;
- XXIX - Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXX - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

- XXXI - Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXII - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXIII - Tratamentos ortodônticos;
- XXXIV - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XXXV - Transplantes ósseos;
- XXXVI - Enxertos ósseos, biomateriais e gengivais;
- XXXVII - Próteses metalocerâmicas e de porcelana;
- XXXVIII - Restaurações utilizando porcelana;
- XXXIX - Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XL - Serviços com porcelanas ou metais nobres;
- XLI - Clareamento dentário;
- XLII - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

## CAPÍTULO IX DAS CARÊNCIAS

**Art. 38.** Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas asseguradas pelo PASA.

**Art. 39.** 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 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 PASA.

**Art. 40.** 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 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. 41.** 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. 42.** No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário 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 PASA.

**Art. 43.** 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. 44.** 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

**Art. 45.** 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. 46.** 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. 47.** 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. 48.** 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.

**Art. 49.** 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. 50.** 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. 51.** Exercendo prerrogativa legal, a CASACARESC não optará pelo fornecimento do





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

Agravo.

**Art. 52.** 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 PASA.

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

**Art. 53.** A presente cláusula não vigorará caso o Beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível ao PASA.

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

**Art. 54.** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

**Art. 55.** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Art. 56.** Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente Instrumento:

- I - Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
- II - Tratamento de odontalgia aguda;
- III - Imobilização dentária temporária;
- IV - Recimentação de peça/trabalho protético;
- V - Tratamento de alveolite;
- VI - Colagem de fragmentos dentários;



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

VII - Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;

VIII - Reimplante de dente avulsionado com contenção.

**Art. 57.** Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, de forma integral e sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário no PASA, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções dos Beneficiários, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

I - Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, ou durante a vigência de cobertura parcial temporária, será limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

II - Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial;

III - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do Beneficiário no PASA.

## **CAPÍTULO XII DA REMOÇÃO**

**Art. 58.** Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), conforme as seguintes regras:

I - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do 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 procedida por solicitação 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 do 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.

Parágrafo Único – 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.

**Art. 59.** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

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



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

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 - 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. 60.** 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. 61.** Será também assegurado o ressarcimento de despesas pagas diretamente pelo Beneficiário a profissionais e estabelecimentos não credenciados, relativas a atendimentos eletivos efetuados.

**Art. 62.** 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). Sempre que houver alteração em referida tabela (conforme negociações 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) 365-5486 ou email [contato@casacaresc.org.br](mailto:contato@casacaresc.org.br).

**Art. 63.** Serão descontados do reembolso eventuais valores de coparticipação previstos neste Regulamento.

**Art. 64.** A diferença entre o valor da despesa e o valor do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário Titular.

**Art. 65.** Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

**Art. 66.** Os reembolsos somente serão processados após o recebimento, pela CASACARESC, de toda a documentação referente ao procedimento realizado, assim entendidos os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**Art. 67.** O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega dos comprovantes.

**Art. 68.** Os recibos dos procedimentos pagos pelo Beneficiário deverão ser emitidos em seu nome, com assinatura e CPF do Beneficiário Titular no verso.

**Art. 69.** O pedido de reembolso deverá ser feito pelo Beneficiário Titular até o prazo de 12 (doze) meses, após a realização do procedimento, acompanhado da documentação comprobatória original, datada, e deverá obedecer aos seguintes requisitos:

I - se pessoa física: ser emitida pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda;

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 CID, se for o caso, 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; e nos casos de odontologia informar o número do dente da arcada dentária.

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

**Art. 70.** A CASACARESC prestará seus serviços por meio do sistema de escolha dirigida, em que o atendimento é prestado por meio de acesso à rede credenciada ou contratada ou de livre escolha, conforme regras de reembolso definidas no presente Regulamento.

**Art. 71.** Para atendimento na rede credenciada ou contratada, será necessária a apresentação da Carteira de Utilização do PASA e da carteira de identidade ou documento equivalente com foto.

§ 1º Será disponibilizado aos Beneficiários catálogo próprio informando a relação dos profissionais e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do 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,



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

II - Na hipótese de a 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 A Diretoria Executiva da CASACARESC deverá editar e divulgar atos normativos para regular a utilização da rede credenciada e disciplinar o acesso aos denominados hospitais de alto custo.

**Art. 72.** 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. 73.** Dependerão 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 R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais);

V - Todos os procedimentos com Diretrizes.

**Art. 74.** 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. 75.** 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.

Parágrafo único. Os exames complementares deverão ser solicitados em receituário próprio do profissional, não se admitindo o simples preenchimento de impressos.

**Art. 76.** 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. 77.** Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

Parágrafo único. Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, constituída pelo





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

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.

**Art. 78.** 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 PASA.

**Art. 79.** 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.

**Art. 80.** Na utilização dos procedimentos cobertos pelo PASA, serão devidos pelos Beneficiários os percentuais e valores de coparticipação estabelecidos no Plano de Custeio do PASA.

## CAPÍTULO XV DO CUSTEIO

**Art. 81.** O 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. 82.** O Plano de Custeio do 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;
- II - Contribuições mensais dos Beneficiários demitidos ou aposentados mantidos no PASA, que deverão assumir a parcela anteriormente de responsabilidade da PATROCINADORA;
- III - Coparticipação do Beneficiário, na forma disposta no Plano de Custeio do 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 PASA deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos Beneficiários, valores e percentuais de coparticipação, valores de patrocínio, tabela de custo do beneficiário por faixa etária, 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 - Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, o plano de custeio deve também especificar o critério para a determinação do custo do beneficiário.

§ 3º 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.



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

§ 4º Após a aprovação do Plano de Custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

§ 5º Os Beneficiários Titulares vinculados à categoria profissional que não assinar o acordo Coletivo de Trabalho assumirão o pagamento integral das contribuições incidentes sobre os respectivos salários brutos.

§ 6º A contraprestação pecuniária de responsabilidade do associado titular não é variável conforme a faixa etária dos Beneficiários, sendo fixada na forma prevista no plano de custeio.

**Art. 83.** As contribuições mensais e eventuais valores de coparticipação serão cobrados por meio de desconto automático em folha de pagamento dos Beneficiários Titulares, mediante autorização expressa, por boleto bancário, débito em conta e pagamento do benefício pela previdência privada, em caso de impossibilidade de desconto em folha por qualquer outro motivo.

§ 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.

§ 2º Em caso de suspensão ou supressão do repasse de valores pelas PATROCINADORAS, os Beneficiários Titulares assumirão os encargos relativos ao custeio do PASA, por si e por seus dependentes inscritos.

**Art. 84.** Poderá ser exigida pela Diretoria da CASACARESC cobrança a título de inscrição no PASA ou para emissão da Carteira Individual de utilização do PASA.

## CAPÍTULO XVI DO REAJUSTE

**Art. 85.** As contribuições mensais, bem como seus eventuais componentes e coparticipações em valor, definidos no plano de custeio, poderão ser reajustados anualmente, tendo como data base o mês de setembro, com base na variação positiva do INPC, divulgado pelo IBGE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, considerando o período de junho do ano anterior a maio do ano do reajuste, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, devendo ainda ser observada a eventual necessidade de reajuste técnico tratado neste Regulamento.

**Art. 86.** O reajuste poderá ser aplicado fora do mês de setembro, observando-se as regras para apuração do índice previstas neste artigo.

**Art. 87.** Na hipótese de aplicação do reajuste fora do mês de setembro haverá alteração da data-base do reajuste, obedecendo ao disposto na legislação vigente.

**Art. 88.** O Plano de Custeio do 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 de cada PATROCINADORA.

Parágrafo único. O cálculo atuarial por PATROCINADORA poderá definir adoção de reajuste técnico diferente para cada PATROCINADORA.

**Art. 89.** O reajuste técnico previsto acima, decorrente da alteração do nível de utilização



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

do PLANO, será fundamentado em estudos técnicos, sempre buscando o seu equilíbrio e será aplicado no momento do reajuste financeiro.

**Art. 90.** Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

**Art. 91.** Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no mês de setembro de cada ano, entendendo-se esta como data-base única.

**Art. 92.** Qualquer reajuste aplicado ao PASA deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

**Art. 93.** Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do PASA, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais, nos eventuais componentes e coparticipações em valor.

## **CAPÍTULO XVII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS**

**Art. 94.** 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 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. 95.** Qualquer tolerância da CASACARESC na execução das normas regulamentares não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**Art. 96.** Respeitadas as disposições do presente Regulamento, a Diretoria Executiva da CASACARESC emitirá as resoluções necessárias a disciplinar o funcionamento do PASA.

**Art. 97.** 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. 98.** 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, alterada pela Resolução Normativa nº 148/07.

**Art. 99.** Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo da CASACARESC, e vigorará por prazo indeterminado.

**Art. 100.** 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.



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

## PLANO DE CUSTEIO DO PASA

O Conselho Deliberativo da Caixa Assistencial e Beneficente dos Funcionários da Acaresc – CASACARESC, em reunião realizada nos dias, 14 e 15 de maio de 2013, em Florianópolis, Santa Catarina, aprovou as seguintes regras do Plano de Custeio para a instituição, em forma de ANEXO ao Regulamento do Programa de Assistência à Saúde – PASA, tendo por base o que fora aprovado na reunião de 13 e 14 de junho de 2011, em Campos Novos – SC, com adequações à RN 279/2011, aprovadas na reunião realizada no dia 16 de maio de 2012, no mesmo município:

**Art. 1º** Quando da INSCRIÇÃO de cada beneficiário no plano de saúde será cobrado R\$ 15,00 (quinze reais) a título de “Custo das Carteirinhas”, em valores de 1º de julho de 2011. Este valor será corrigido anualmente pelo INPC, a partir de setembro de 2013, considerando o INPC acumulado no período de junho do ano anterior a maio do ano da correção.

**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, com 4%(quatro por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, como parte patronal, inclusive sobre o 13º salário.

II – Os associados titulares ativos, em licença doença e em licença acidente do trabalho nas patrocinadoras contribuirão mensalmente para a CASACARESC da seguinte forma:

a) 2,70% (Dois vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 85,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC, a partir de setembro de 2013;

b) 1% (um por cento) por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC, a partir de setembro de 2013; e

c) Sobre o 13º salário será cobrada a contribuição dos titulares e dos dependentes, ou seja, 2,70% (Dois vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 85,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC, a partir de setembro de 2013; e

d) 1% (um por cento) por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

III – Os associados inativos aposentados contribuirão mensalmente para a CASACARESC da seguinte forma:

a) 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre:

a.1) No caso de associado sem previdência privada, sobre a remuneração bruta e benefícios a que teria direito na patrocinadora, se trabalhando (ativo) estivesse, ou sobre o valor do benefício da Previdência Social, o que resultar maior, limitado ao teto de benefício da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013;

a.2) No caso de associado com previdência privada, sobre o resultado da SOMA do valor bruto que recebe da Previdência Privada de cada empresa participante, mais o valor bruto



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

da Previdência Social (INSS), limitado ao teto da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013;

b) 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, alínea 'a', não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013; e

c) Sobre o 13º salário, apurado com o critério descrito na alínea 'a', haverá contribuição dos titulares de 6,70% (seis vírgula setenta por cento), não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, alínea 'a', não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013;

IV - Os associados inativos em licença sem remuneração contribuirão para a CASACARESC da seguinte forma:

a) 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, como se estivesse trabalhando (ativo) na patrocinadora, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013;

b) 1% (um por cento) por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios, como se estivesse trabalhando (ativo) na patrocinadora, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013; e

c) Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares de 6,70% (seis vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, como se estivesse trabalhando (ativo) na patrocinadora, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios, como se estivesse trabalhando (ativo) na patrocinadora, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

V – Os associados inativos demitidos, contribuirão para a CASACARESC da seguinte forma:

a) 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a sua maior remuneração bruta e benefícios, considerando o último pagamento recebido na empresa patrocinadora, corrigido sempre pelas correções da empresa patrocinadora; ou a remuneração bruta e benefícios da nova empresa ou órgão em que foi trabalhar, valendo como base de contribuição o que for maior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

b) 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c). Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares de 6,70 (Seis vírgula setenta por cento) sobre a sua maior remuneração bruta e benefícios, considerando o último pagamento recebido na empresa patrocinadora, corrigido sempre pelas correções da empresa patrocinadora; ou a remuneração bruta e benefícios da nova empresa ou órgão





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

em que foi trabalhar, valendo como base de contribuição o que for maior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

d). As seguintes regras deverão ser observadas:

d.1) - A comprovação será efetivada com apresentações da carteira de trabalho, folha de pagamento e declaração de Imposto de Renda. A não comprovação da nova remuneração bruta e benefícios ou vencimentos brutos autorizará a CASACARESC a cobrar a contribuição desse associado pelo maior valor de contribuição paga à CASACARESC, ou seja, R\$ 1.200,00 (Hum mil e duzentos reais) em valores de 01 de julho de 2011). Quando o associado desse grupo se aposentar será considerado o valor da última base de cálculo de contribuição junto à CASACARESC, limitado ao teto da CERES e este será corrigido pelos mesmos índices aplicados aos empregados da patrocinadora que pertencia.

d.2) - Os documentos de comprovação dos ganhos na nova empregadora deverão ser entregues no mês seguinte à saída da patrocinadora e anualmente na Casacaresc sempre que tiver correção/reajuste e pelo menos uma vez por ano até 30 de outubro.

VI - Os associados titulares ativos recebidos à disposição nas patrocinadoras, contribuirão mensalmente para a CASACARESC da seguinte forma:

VI.1 – Os associados titulares recebidos à disposição com complemento salarial/gratificação na patrocinadora:

a). 2,70% (Dois vírgula setenta por cento) sobre a soma da remuneração bruta e benefícios, da patrocinadora onde presta serviço, mais a remuneração bruta e benefícios que recebe no órgão de origem, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 85,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

b). 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c). Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares 2,70% (Dois vírgula setenta por cento) sobre a soma da remuneração bruta e benefícios, da patrocinadora onde presta serviço, mais a remuneração bruta e benefícios que recebe no órgão de origem, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 85,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

d). As seguintes regras deverão ser observadas:

d.1)- A comprovação da remuneração no órgão de origem será efetivada através da apresentação do contracheque.

d.2) - A não comprovação da nova remuneração bruta e benefícios ou vencimentos brutos autorizará a CASACARESC a cobrar a contribuição desse associado pelo maior valor de contribuição paga a CASACARESC, ou seja, R\$ 600,00 (seiscentos reais) em valores de 01 de julho de 2011. Quando o associado desse grupo se aposentar, será considerado o valor da última base de cálculo de contribuição junto à CASACARESC limitado ao teto da CERES - Previdência Privada da Patrocinadora Epagri.

d.3) - Os documentos de comprovação dos ganhos do órgão de origem, deverão ser entregues anualmente na Casacaresc sempre que tiver correção/reajuste e pelo menos



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

uma vez por ano até 30 de outubro caso não tenha correção/reajuste.

VI.2 – Os associados titulares recebidos à disposição sem complemento salarial/gratificação na patrocinadora:

a). 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios que recebe no órgão de origem, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

b). 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c). Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios que recebe no órgão de origem, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

d). As seguintes regras deverão ser observadas:

d.1)- A comprovação da remuneração no órgão de origem será efetivada através da apresentação do contracheque.

d.2) - A não comprovação da nova remuneração bruta e benefícios ou vencimentos brutos autorizará a CASACARESC a cobrar a contribuição desse associado pelo maior valor de contribuição paga a CASACARESC, ou seja, R\$ 600,00 (seiscentos reais) em valores de 01 de julho de 2011. Quando o associado desse grupo se aposentar, será considerado o valor da última base de cálculo de contribuição junto à CASACARESC limitado ao teto da CERES - Previdência Privada da Patrocinadora Epagri.

d.3) - Os documentos de comprovação dos ganhos do órgão de origem, deverão ser entregues anualmente na Casacaresc sempre que tiver correção/reajuste e pelo menos uma vez por ano até 30 de outubro caso não tenha correção/reajuste.

VII - Os associados ativos nas patrocinadoras e à disposição de outra instituição do estado e que recebem pelo órgão que estão à disposição contribuirão para a CASACARESC da seguinte forma:

a) 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, do órgão em que estão trabalhando, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

b). 1% (um por cento) por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios do órgão em que estão trabalhando, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c). Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares de 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a remuneração bruta e benefícios, do órgão em que estão trabalhando, não podendo esta contribuição ser menor que R\$170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% (um por cento) por dependente, sobre a remuneração bruta e benefícios do órgão em que estão trabalhando, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

d). As seguintes regras deverão ser observadas:

d.1) - A comprovação da remuneração bruta e benefícios do órgão que estão trabalhando serão efetivados através da apresentação do contracheque.



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

d.2) - A não comprovação da nova remuneração bruta e benefícios autorizará a CASACARESC a cobrar a contribuição desse associado pelo maior valor de contribuição paga a CASACARESC, ou seja, R\$ 1.200,00 (Hum mil e duzentos reais) em valores de 01 de julho de 2011). Quando o associado desse grupo se aposentar, será considerado o valor da última base de cálculo de contribuição junto à CASACARESC e este será corrigido pelos mesmos índices aplicados, limitado ao teto da CERES.

d.3) - Os documentos de comprovação dos ganhos no órgão pagador deverão ser entregues anualmente na Casacaresc sempre que tiver correção/reajuste e pelo menos uma vez por ano até 30 de outubro, caso não tenha correção/reajuste.

VIII - Os associados titulares ativos recebidos à disposição nas patrocinadoras, quando se aposentarem contribuirão mensalmente para a CASACARESC da seguinte forma:

a). 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a soma da remuneração bruta e benefícios, da patrocinadora onde prestava serviço, mais a remuneração e benefícios que recebia no órgão de origem, corrigidos anualmente pelo mesmo índice da correção dos ativos naquele órgão. Se apresentarem o valor da aposentadoria, a contribuição será sobre o valor da aposentadoria, limitado ao teto da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 ;

b). 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c). Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares de 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre a soma da remuneração bruta e benefícios, da patrocinadora onde prestava serviço, mais a remuneração e benefícios que recebia no órgão de origem, corrigidos anualmente pelo mesmo índice da correção dos ativos naquele órgão. Se apresentarem o valor da aposentadoria, a contribuição será sobre o valor da aposentadoria, limitado ao teto da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

IX- Os associados titulares ativos das patrocinadoras e à disposição de outra instituição do estado e que recebem pelo órgão que estão à disposição, quando se aposentarem contribuirão para a CASACARESC da seguinte forma:

a) 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) sobre:

a.1) No caso de associado sem previdência privada, sobre a remuneração bruta e benefícios do órgão em que estão à disposição trabalhando , ou sobre o valor do benefício da Previdência Social, o que resultar maior, limitado ao teto de benefício da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013;

a.2) No caso de associado com previdência privada, sobre o resultado da SOMA do valor bruto que recebe da Previdência Privada de cada empresa participante, mais o valor bruto da Previdência Social (INSS), limitado ao teto da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

b) 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, alínea 'a', não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c) Sobre o 13º salário, haverá contribuição dos titulares de 6,70% (Seis vírgula setenta por cento) apurado com o critério descrito na alínea 'a', com mínimo de R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, alínea 'a', não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

X- Os associados ativos das patrocinadoras em situação de "à disposição" de outra instituição e que recebem pela patrocinadora, tendo complemento ou gratificação do órgão que estão à disposição, contribuirão para a CASACARESC da seguinte forma:

a). 2,7%(dois virgula setenta por cento) sobre o somatório da remuneração bruta e benefícios da patrocinadora e da remuneração bruta e benefícios recebidos no órgão que está à disposição, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 85,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

b). 1% (um por cento) por dependente sobre a mesma base anterior não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) ou maior que R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c). Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares de 2,7% sobre o somatório da remuneração bruta e benefícios da patrocinadora de origem, mais a remuneração bruta e benefícios do órgão que está à disposição, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 85,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e 1% por dependente sobre a mesma base anterior, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 ou maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

d). As seguintes regras deverão ser observadas:

d.1) A comprovação da remuneração bruta e benefícios do órgão que está à disposição será efetivada através da apresentação do contracheque.

d.2) A não comprovação da nova remuneração bruta e benefícios ou vencimentos brutos autorizará a Casacaresc a cobrar a contribuição desse associado pelo maior valor de contribuição paga a Casacaresc, ou seja, R\$ 600,00 (seiscentos reais) em valor de 01 de julho de 2011.

d.3) Os documentos de comprovação dos ganhos do órgão em que está à disposição, deverão ser entregues anualmente na CASACARESC sempre que tiver correção/reajuste e pelo menos uma vez por ano até 30 de outubro, caso não tenha correção/reajuste.

XI - Os associados titulares ativos das patrocinadoras e à disposição de outra instituição e que recebem pela patrocinadora e mais um complemento ou gratificação pelo órgão que estão à disposição, quando se aposentarem, contribuirão para a CASACARESC da seguinte forma:

a). 6,7%(seis virgula setenta por cento) sobre:

a.1) no caso de associado sem previdência privada, sobre a remuneração bruta e benefícios da patrocinadora e mais a remuneração bruta e benefícios recebidos no órgão que está à disposição trabalhando, ou sobre o valor do benefício da Previdência social, o que resultar maior, limitado ao teto de benefício da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00 (cento e setenta reais), sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

a.2) no caso de associado com previdência privada, sobre o resultado da SOMA do valor bruto que recebe da Previdência Privada de cada empresa participante, mais o valor bruto





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

da Previdência Social (INSS), limitado ao teto da CERES, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 170,00, sendo este valor corrigido anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

b) 1% (um por cento) por dependente sobre a mesma base anterior, alínea “a”, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) ou maior que R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

c) Sobre o 13º salário haverá contribuição dos titulares no percentual de 6,7% apurado com o critério descrito na alínea “a” com mínimo de R\$ 170,00, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013 e de 1% (um por cento) por dependente, sobre a mesma base anterior, “alínea “a”, não podendo esta contribuição ser menor que R\$ 25,00 e maior que R\$ 75,00 por dependente, sendo estes valores corrigidos anualmente pelo INPC a partir de setembro de 2013.

§ 1º Os valores e percentuais definidos neste artigo estarão sujeitos a correções, por patrocinadora e respectivo grupo de beneficiários, sempre que cálculo atuarial o recomendar, pena de inviabilização do plano de saúde.

§ 2º Os valores definidos neste artigo, serão corrigidos anualmente em setembro, pelo INPC acumulado do período de junho do ano anterior a maio do ano da correção.

**Art. 2º-A.** O custeio do Plano PASA é estabelecido em percentual do salário. Esse percentual de contribuição é definido com base na necessidade de receita média estimada para o plano e no salário de participação dos beneficiários titulares. Nesse custeio existe uma relação de subsídio, sendo que os beneficiários que possuem salários mais elevados subsidiam aqueles que possuem salários de contribuição mais baixos.

Parágrafo único. Considerando o disposto na RN nº 63/03 e em cumprimento à determinação inserta no artigo 15 da RN nº 279/11, é expresso abaixo tabela de custo por faixa etária para o Plano PASA:

Faixa Etária	Custo Estimado
0 - 18	58,76
19 - 23	76,39
24 - 28	94,02
29 - 33	123,40
34 - 38	146,90
39 - 43	158,65
44 - 48	176,28
49 - 53	226,23
54 - 58	246,79
59 +	329,06

**Art. 2º-B.** Não são consideradas contribuições os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia paga exclusivamente em procedimentos como fator de moderação.

**Art. 3º** Na utilização, pelos Beneficiários inscritos no PASA, dos procedimentos abaixo relacionados serão devidos os seguintes valores a título de **COPARTICIPAÇÃO** (conforme alterações aprovadas na reunião do Conselho Deliberativo de 20/05/2015):





Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**I** - Consultas médicas e hospitalares: 50% (cinquenta por cento) sobre o valor do procedimento;

**II** - Internações Psiquiátricas: 50% (cinquenta por cento) sobre o valor das despesas, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer do ano civil;

**III** - Procedimentos fisioterápicos: da 1ª (primeira) à 20ª (vigésima) sessão por ano, coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre o valor do procedimento; da 21ª (vigésima primeira) sessão por ano, em diante, coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor do procedimento;

**IV** - Acupuntura: da 1ª (primeira) à 10ª (décima) sessão por ano, coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre o valor do procedimento; da 11ª (décima primeira) sessão por ano, em diante, coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor do procedimento;

**V** - Exames complementares: coparticipação de 20% (vinte por cento) sobre o valor das despesas de cada exame, incluídos o código principal e seus gastos (custo total do exame, mais materiais e medicamentos);

**VI** - Exames de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética:

**a)** No caso do 1º (primeiro) procedimento realizado no ano civil, por patologia: coparticipação de 20% (vinte por cento) sobre o valor das despesas de cada exame, incluídos o código principal e seus gastos (custo total do exame, mais materiais e medicamentos);

**b)** A partir do 2º (segundo) procedimento realizado no ano civil, por patologia: coparticipação de 50% (cinquenta por cento);

**c)** Excepcionalmente:

**c.1)** nos casos de diagnóstico de câncer, a coparticipação de 50% (cinquenta por cento) será devida apenas a partir do 5º (quinto) exame;

**c.2)** nos casos de recomendação médica para avaliação pós-cirúrgica, a coparticipação de 50% (cinquenta por cento) será devida apenas a partir do 3º (terceiro) exame, inclusive;

**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** - Demais procedimentos médicos ambulatoriais: desde que incluídos no rol da RN 338 da ANS e suas atualizações: coparticipação de 20% (vinte por cento) sobre o valor das despesas de cada procedimento, até R\$ 371,28 (trezentos e setenta e um reais e vinte e oito centavos), incluídos o código principal e seus gastos (custo total do evento, mais materiais, mais medicamentos). Acima de R\$ 371,28, valor de setembro/2014, sem coparticipação.



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**VIII.A** – Procedimentos médicos ambulatoriais com aplicação de medicamentos exigidos para TERAPIA IMUNOBIOLOGICA, 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;

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

**X** - Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias do ano civil;

**XI** - As sessões de fonoaudióloga, coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor do procedimento;

**XII** - As sessões de nutricionista, coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor do procedimento;

**XIII** - As sessões de psicólogo, coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor do procedimento;

**XIV** - As sessões de terapia ocupacional, coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor do procedimento;

**XV** - As sessões de psicoterapia, coparticipação de 30% (trinta por cento) do valor do procedimento.

**§ 1º** Os valores definidos neste artigo serão corrigidos anualmente em setembro, pelo INPC acumulado do período de junho do ano anterior a maio do ano da correção.

**§ 2º** 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. 4º** No caso de atendimento de segurados vítimas de acidente de trânsito, as despesas terão como redutor os valores de tabela definida pelo Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – DPVAT, ou seja, serão cobrados como coparticipação do titular os valores indenizados pelo seguro DPVAT.

**Art. 5º** Caso o titular e seus dependentes sofram risco pessoal, os procedimentos médicos não cobertos pelo PASA, que se tornarem indispensáveis à superação do risco, ficam desde já autorizados pelo associado, que se responsabiliza pelo custo integral (100% cem por cento).

**Art. 6º** O presente ANEXO é parte integrante do Regulamento do PASA, entrando em vigor na data estipulada para este.



## Plano de Custeio do Programa de Assistência À Saúde – PASA

### ANEXO I

Valores aprovados pelo Conselho Deliberativo na reunião dos dias 14 e 15 de maio 2014, com vigência a partir de 1º de setembro/2014. Valores de acordo com os cálculos atuariais feitos para o PASA.

**Plano de Custeio do PASA. No quadro abaixo está o resumo das alterações aprovadas pelo Conselho Deliberativo, em vigor a partir de 01/09/2014.**

Resumo alterações do Pasa			
		Até 31/08/2014	A partir de 1/09/2014
<b>Custo das carteirinhas</b>	Inscrição e 2ª via	R\$ 16,00	R\$ 16,97
<b>Valores mínimo e máximo de contribuição Pasa</b>	Titular Ativo – valor mínimo	R\$ 90,91	R\$ 96,44
	Titular Aposentado – valor mínimo	R\$ 181,82	R\$ 192,87
	Dependente - Valor Mínimo	R\$ 26,74	R\$ 28,37
	Dependente - Valor Máximo	R\$ 80,21	R\$ 85,09
<b>Coparticipação quando da realização de exames e procedimentos</b>	Alteração do valor da base de incidência - código principal	R\$ 350,00	R\$ 371,28

Assim, **referente PASA**, o Conselho Deliberativo manteve os percentuais de contribuições dos associados ativos e aposentados. Alterou, no entanto, os itens acima, corrigindo-os com o INPC acumulado de junho/2013 a maio/2014, ou seja, 6,079%, em obediência ao regulamento deste programa.

Florianópolis, 01 de julho de 2014.

**José Alcione Schwinden Broering**  
Presidente do Conselho Deliberativo

**Décio Alfredo Rockenbach**  
Presidente Casacaresc



Caixa Assistencial e Beneficente  
dos Funcionários da ACARESC

**Plano de Custeio do Programa de Assistência À Saúde – PASA**  
**ANEXO II**

Valores e alterações aprovados pelo Conselho Deliberativo na reunião do dia 20 de maio 2015, com vigência a partir de **1º de setembro/2015**. Valores de acordo com os cálculos atuariais feitos para o PASA.

**Plano de Custeio do PASA. No quadro abaixo e parágrafos seguintes está o resumo das alterações aprovadas pelo Conselho Deliberativo, em vigor a partir de 01/09/2015.**

<b>Resumo alterações do Pasa</b>			
		<b>Até 31/08/2015</b>	<b>A partir de 1/09/2015</b>
<b>Custo das carteirinhas</b>	Inscrição e 2ª via	R\$ 16,97	R\$ 18,46
<b>Valores mínimo e máximo de contribuição Pasa</b>	Titular Ativo	R\$ 96,44	R\$ 104,89
	Titular Aposentado	R\$ 192,87	R\$ 209,78
	Dependente - Valor Mínimo	R\$ 28,37	R\$ 30,85
	Dependente - Valor Máximo	R\$ 85,09	R\$ 92,54
<b>Coparticipação nos exames</b>	Alteração do <b>percentual de coparticipação</b> sobre as despesas de cada <b>exame</b>	30% e 10%	20%
	Alteração do <b>valor da base de incidência</b> sobre as despesas de cada <b>exame</b>	Custo código principal até R\$ 371,28 - 30%	Custo total do exame 20%
		Custo código principal acima de R\$ 371,28 - 10%	Custo total do exame 20%
<b>Coparticipação nos procedimentos médicos ambulatoriais</b>	Alteração do <b>percentual de coparticipação</b> sobre as despesas	30%	20%
	Alteração do <b>valor da base de incidência</b> sobre as despesas	R\$ 371,28	R\$ 403,80

**Referente coparticipação, houve alteração do artigo 3º do Plano de Custeio, passando, de modo geral, a coparticipação para 20% (vinte por cento) sobre o valor das despesas de cada exame, incluídos o código principal e seus gastos (custo total do exame, mais materiais e medicamentos).**

Assim, **no PASA**, o Conselho Deliberativo manteve os percentuais de contribuições dos associados ativos e aposentados. Alterou, no entanto, os percentuais de coparticipação e os valores dos itens postos no quadro acima, corrigindo-os com o INPC acumulado de junho/2014 a maio/2015, ou seja, 8,7607%, em obediência ao regulamento deste programa.

Florianópolis, 01 de julho de 2015.

**José Alcione Schwinden Broering**  
Presidente do Conselho Deliberativo

**Décio Alfredo Rockenbach**  
Presidente Casacaresc



## Plano de Custeio do Programa de Assistência à Saúde – PASA

### ANEXO III

Valores e alterações aprovados pelo Conselho Deliberativo na reunião dos dias 04 e 05 de maio 2016, com vigência a partir de **1º de setembro/2016**. Valores de acordo com os cálculos atuariais feitos para o PASA.

**Plano de Custeio do PASA.** No quadro abaixo está o resumo das alterações aprovadas pelo Conselho Deliberativo, em vigor a partir de **01/09/2016**:

Resumo alterações do Pasa			
		Até 31/08/2016	A partir de 1/09/2016
<b>Custo das carteirinhas</b>	Inscrição e 2ª via	R\$ 18,46	R\$ 20,27
<b>Valores mínimo e máximo de contribuição Pasa</b>	Titular Ativo – valor mínimo	R\$ 104,89	R\$ 115,19
	Titular Aposentado – valor mínimo	R\$ 209,78	R\$ 230,38
	Dependente - Valor Mínimo	R\$ 30,85	R\$ 33,38
	Dependente - Valor Máximo	R\$ 92,54	R\$ 101,61
<b>Coparticipação quando da realização de exames</b>	Exames laboratoriais e de imagem	20% do custo total do exame	20% do custo total do exame
<b>Coparticipação nos procedimentos médicos ambulatoriais</b>	Alteração do valor da base de incidência sobre as despesas	20% de R\$ 403,80	20% de R\$ 443,45

Assim, **referente PASA**, o Conselho Deliberativo manteve os percentuais de contribuições dos associados ativos e aposentados. Alterou, no entanto, os itens acima, corrigindo-os com o INPC acumulado de junho/2015 a maio/2016, ou seja, 9,82%, em obediência ao regulamento deste programa.

Florianópolis, 28 de junho de 2016.

**José Alcione Schwinden Broering**  
Presidente do Conselho Deliberativo

**Jonas Pereira do Espirito Santo**  
Presidente Casacaresc