



REGULAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS DEPENDENTES ESPECIAIS – PASESP

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 PASESP.

Art. 2º São conveniadas patrocinadoras do PASESP, na forma estabelecida neste Regulamento:

I - Empresa de Pesquisa 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, 1.666, 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 PASESP e está registrado na ANS sob o nº 465.717/11-9, possuindo como Características Gerais:

I - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

II - Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico;

III - Área Geográfica de Abrangência: Estadual;

IV - Área de Atuação: Estado de Santa Catarina - SC;

V - Padrão de Acomodação em Internação: Individual;

VI - Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Parágrafo Único - Além das coberturas previstas nos artigos 24 a 29 deste Regulamento, serão asseguradas as coberturas adicionais especificadas no art. 30 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 Dependentes Especiais 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 O PASESP, conforme disposições deste Regulamento, destina-se exclusivamente aos Beneficiários Dependentes Especiais, conforme condições de admissão abaixo especificadas.

Art. 8º Consideram-se Beneficiários Titulares, as pessoas naturais vinculadas ao plano de saúde PASA da CASACARESC, inscritas conforme regulamento próprio na qualidade de empregados e diretores das CONVENIADAS.

Art. 9º Consideram-se Beneficiários Dependentes Especiais, aptos a serem inscritos no PASESP, conforme previsto neste Regulamento:

- I - Beneficiários dependentes inscritos no plano de saúde PASA da CASACARESC, após o falecimento do Titular a que se vinculava;
- II - Filhos ou enteados dos Beneficiários Titulares que perderem a condição de dependentes diretos no plano de saúde PASA da CASACARESC destinado a essa categoria;
- III - Menores sob guarda do cônjuge;
- IV - Netos dos Beneficiários Titulares ou do cônjuge;
- V - Pais e mães dos Beneficiários Titulares inscritos no PASA;
- VI - Padrastos e madrastas dos Beneficiários Titulares e dos cônjuges;
- VII - Genros e noras dos Beneficiários Titulares, desde que inscritos até 60 (sessenta) dias da data de admissão na empresa patrocinadora ou em até 60 (sessenta) dias da data em que se tornaram elegíveis;
- VIII - Sogros e sogras dos Beneficiários Titulares, desde que inscritos até 60 (sessenta) dias da data de admissão na empresa patrocinadora ou em até 60 (sessenta) dias da data em que se tornaram elegíveis;



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

IX - Irmãos e sobrinhos do titular (filhos dos irmãos do titular) desde que inscritos até 60 (sessenta) dias da data de admissão do titular na empresa patrocinadora ou até 60 (sessenta) dias da data de nascimento ou adoção.

§ 1º Os Beneficiários Dependentes Especiais somente poderão ser inscritos no PASESP se o Beneficiário Titular estiver regularmente inscrito no plano de saúde PASA da CASACARESC, conforme regulamento próprio, exceto no caso de falecimento desse titular.

§ 2º 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 PASESP sem cumprimento de novos prazos de carência, desde que o titular requiera a reativação da inscrição em até 30 (trinta) dias de seu retorno, sendo obrigatório comprovar a prorrogação do prazo de suspensão, quando necessária, mediante prova (comprovação) documental. Em não havendo comprovação, deverá fazer nova adesão ao plano, com obrigação de cumprir as carências regulamentares, sendo que o direito à nova suspensão somente virá após 12 (doze) contribuições.

Art. 10. A inscrição dos Beneficiários Dependentes Especiais dar-se-á mediante preenchimento de Termo de Adesão, pelo Beneficiário Titular.

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

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

Art. 11. O Beneficiário Titular, na qualidade de responsável pela inscrição dos Beneficiários Dependentes Especiais, deverá apresentar os documentos comprobatórios exigidos pela CASACARESC.

Art. 12. O Beneficiário Titular deverá devolver as carteiras de utilização do PASESP dos Beneficiários Dependentes Especiais eventualmente excluídos, sob pena de responder pela má utilização das coberturas garantidas.

CAPÍTULO V

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

Art. 13. Caberá à PATROCINADORA solicitar a suspensão/exclusão de Beneficiários, inclusive na situação de perda da qualidade de Dependente Especial, 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. 14. A CASACARESC poderá excluir os Beneficiários, sem a anuência do beneficiário titular da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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

II - Perda da qualidade de 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;

III - Interrupção do pagamento das contribuições e eventuais valores de coparticipação, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição;

IV - A pedido do Beneficiário Titular.

Art. 15. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente Especial deverá ser comunicada pelo Beneficiário Titular à CASACARESC, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 16. A exclusão do Beneficiário Titular do plano de saúde da CASACARESC destinado a essa categoria implicará na exclusão de todos os seus Dependentes Especiais do PASESP objeto do presente Regulamento, exceto no caso do Titular falecer e os Dependentes Especiais optarem pela manutenção no PASESP no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data do óbito.

Art. 17. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário Titular de quitar eventuais débitos com o PASESP, 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 em razão da disponibilidade das coberturas por este período.

§ 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. 18. 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 de seus Dependentes Especiais, 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 de seus Dependentes Especiais, 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.



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

Art. 19. O reingresso do Beneficiário Dependente Especial, excluído por falta de pagamento ou por solicitação do Beneficiário Titular, 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 PASESP ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da data da exclusão;
- III - Preenchimento de nova declaração de saúde, caso o retorno ao PASESP ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da data da exclusão.

CAPÍTULO VI DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO PARA OS DEPENDENTES ESPECIAIS DO BENEFICIÁRIO DEMITIDO E APOSENTADO

Art. 20. A CASACARESC assegurará ao Beneficiário Dependente Especial o direito de manutenção no PASESP previsto no §2º e §3º do art. 30 e no §2º do art. 31 ambos da Lei nº 9.656/98, nos casos em que o Beneficiário Titular tiver extinto seu contrato de trabalho firmado com as CONVENIADAS, desde que o titular também se mantenha no PASA.

Art. 21. Deverão ser observadas as condições legais estipuladas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 para exercício do direito de manutenção de que trata este Capítulo.

Art. 22. O direito de manutenção no PASESP dependerá de requerimento formal do Titular interessado dirigido à CASACARESC, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo do Titular com as CONVENIADAS.

Art. 23. 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 ou suas alterações.

CAPÍTULO VII DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 24. O PASESP 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. 25. 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;

XIX - 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



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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 -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. 26. 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;
- d) 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



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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 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. 27. 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.



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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.

Art. 28. 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 anesthesiologista, 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. 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. 29. 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 estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

Art. 30. O presente Regulamento garantirá, ainda, as seguintes coberturas adicionais:

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

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 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. 31. 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 PASESP 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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;

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. 32. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário Dependente Especial não terá direito às coberturas asseguradas pelo PASESP.

Art. 33. 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 Dependente Especial ao PASESP.



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

§ 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 PASESP.

Art. 34. O Beneficiário Dependente Especial estará isento do cumprimento do período de carência nas seguintes hipóteses:

I - Os Beneficiários Dependentes Especiais, quando egressos do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, estarão isentos dos períodos de carência já cumpridos naquele plano, desde que o pedido de inscrição no PASESP tratado neste Regulamento, seja formalizado pelo Beneficiário Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que houver a perda da condição de dependente direto.

II - Os Beneficiários Dependentes Especiais, quando não egressos do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, estarão isentos do cumprimento do período de carência desde que o Beneficiário Titular formalize o pedido de sua inscrição no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o PASESP tratado neste Regulamento.

CAPÍTULO X DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 35. 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. 36. Para o Beneficiário Dependente Especial egresso do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, será considerado, para fins de aplicação do presente Capítulo, a Declaração de Saúde preenchida quando do seu ingresso naquele Plano.

Art. 37. Para o Beneficiário Dependente Especial não egresso do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, a Declaração de Saúde deverá ser preenchida no momento da adesão ao presente PASESP, pelo Beneficiário Dependente Especial ou seu representante legal, na 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 PASESP.

Art. 38. 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. 39. 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. 40. 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. 41. 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. 42. 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. 43. A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Parágrafo único. No caso de Beneficiário Dependente Especial egresso do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, a contagem do prazo de 24 (vinte e quatro) meses de que trata o caput deverá se iniciar na data de adesão àquele Plano quando constatada a existência de doença e lesão preexistente na forma da Lei e deste Regulamento.

Art. 44. 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. 45. As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela CASACARESC por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive 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.

Art. 46. Exercendo prerrogativa legal, a CASACARESC não optará pelo fornecimento do Agravo.

Art. 47. Identificado indício de fraude 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 Dependente Especial ou ao seu representante legal, 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 Dependente Especial ou de seu representante legal sobre a 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.



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

§ 4º Se solicitado pela ANS, o Beneficiário Dependente Especial ou o seu representante legal deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§ 5º Após julgamento, e acolhida a alegação da CASACARESC, pela ANS, o Beneficiário Dependente Especial ou o seu representante legal 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 PASESP.

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

Art. 48. A presente cláusula não vigorará caso o Beneficiário Dependente Especial:

I - Egresso do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, e sem cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária naquele Plano, se inscreva no PASESP tratado neste instrumento, em até 30 (trinta) dias da data da perda do vínculo com o plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos;

II - Não egresso do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, se inscreva no PASESP tratado neste instrumento em até 30 (trinta) dias da data em que se tornou elegível a esse PLANO.

Parágrafo único. Caso o Beneficiário Dependente Especial, egresso do plano de saúde PASA da CASACARESC destinado aos Titulares e Dependentes diretos, se inscreva no presente PLANO estando em cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária, deverá cumprir o prazo restante estipulado na forma da Lei e deste Regulamento.

CAPÍTULO XI DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

Art. 49. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Art. 50. 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. 51. 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;

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. 52. 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 Dependente Especial no PASESP, 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 PASESP.

CAPÍTULO XII DA REMOÇÃO

Art. 53. 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 PASESP, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, com justificativa pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.
 - II - Quando a remoção for solicitada/realizada por interesse dos familiares, esta não será de responsabilidade da CASACARESC.
 - III - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do Beneficiário Dependente Especial 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 Dependente Especial 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. 54. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I - quando não possa haver remoção por risco de morte, o Beneficiário Dependente Especial e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CASACARESC desse ônus;
- II - caberá à CASACARESC o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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. 55. 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. 56. Será também assegurado o ressarcimento de despesas pagas diretamente pelo Beneficiário a profissionais e estabelecimentos não credenciados, relativas a atendimentos eletivos, efetuados nos limites da área de abrangência geográfica do PASESP.

Art. 57. 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. 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) 3239-5610 ou contato@casacaresc.org.br.

Art. 58. Serão descontados do reembolso eventuais valores de coparticipação previstos neste Regulamento.

Art. 59. A diferença entre o valor da despesa e o valor do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário Titular.

Art. 60. Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

Art. 61. 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.

Art. 62. O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega dos comprovantes.



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

Art. 63. Os recibos dos procedimentos pagos pelo Beneficiário deverão ser emitidos em seu nome, com assinatura e CPF do Beneficiário Titular no verso.

Art. 64. 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, que 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. 65. 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. 66. Para atendimento na rede credenciada ou contratada, será necessária a apresentação da Carteira de Utilização do PASESP 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 PASESP.

§ 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 Dependentes Especiais, 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 5 (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.

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

II - Na hipótese 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



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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. 67. 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. 68. 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. 69. 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. 70. 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. 71. 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. 72. 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 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. 73. 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 PASESP.



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

Art. 74. 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.

CAPÍTULO XV DO CUSTEIO

Art. 75. O PASESP 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. 76. Não haverá contribuição financeira da PATROCINADORA destinada a arcar com o custeio das contribuições mensais dos Dependentes Especiais.

Art. 77. O Plano de Custeio do PASESP, obedecidas as normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

- I - Contribuições mensais a cargo dos Beneficiários Titulares, em virtude da inscrição dos Beneficiários Dependentes Especiais, definidas conforme faixa etária a que se enquadrarem;
- II - Coparticipação, na forma disposta no Plano de Custeio do PASESP e neste Regulamento;
- III - Receitas provenientes de fundos eventualmente criados após aprovação do Conselho Deliberativo da CASACARESC;
- IV - Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias.

§ 1º O Plano de Custeio do PASESP deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais, valores e percentuais de coparticipação, disposição das faixas etárias, 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 Após a aprovação do Plano de Custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

Art. 78. As contribuições mensais e eventuais valores de coparticipação serão cobrados mediante desconto automático em folha de pagamento dos Beneficiários Titulares, mediante autorização expressa, por boleto bancário, débito em conta, ou pagamento de benefício pela previdência privada, em caso de impossibilidade de desconto em folha por qualquer outro motivo.

Parágrafo único. Em caso de atraso no pagamento das contribuições mensais e coparticipação, os respectivos valores deverão ser acrescidos de multa de 2% e juros de 0,033% ao dia.

Art. 79. Poderá ser exigida pela Diretoria da CASACARESC cobrança a título de inscrição no PASESP ou para emissão da Carteira Individual de utilização do PASESP.

CAPÍTULO XVI DO REAJUSTE



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

Art. 80. Os valores das 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, divulgada 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. 81. O reajuste poderá ser aplicado fora do mês de setembro, observando as regras para apuração do índice previstas neste artigo.

Art. 82. 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. 83. O Plano de Custeio do PASESP 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.

Art. 84. O reajuste técnico previsto acima, decorrente da alteração do nível de utilização do PASESP, será fundamentado em estudos técnicos, sempre buscando o seu equilíbrio e será aplicado no momento do reajuste financeiro.

Art. 85. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 86. 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 esta como data-base única.

Art. 87. Qualquer reajuste aplicado ao PASESP deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

Art. 88. Caberá ao Conselho Deliberativo modificar a forma de custeio do PASESP, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais, nos eventuais componentes e coparticipações em valor.

CAPÍTULO XVII DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 89. As contribuições mensais previstas no plano de custeio foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias:	% de variação
I - 0 a 18 anos de idade	
II - 19 a 23 anos de idade	25%
III - 24 a 28 anos de idade	20%
IV - 29 a 33 anos de idade	20%
V - 34 a 38 anos de idade	20%
VI - 39 a 43 anos de idade	20%
VII - 44 a 48 anos de idade	20%



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

VIII -	49 a 53 anos de idade	20%
IX -	54 a 58 anos de idade	10%
X -	59 anos e acima	12%

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

I - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

II - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

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

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

CAPÍTULO XVIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 90. 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 PASESP ou durante o período de suspensão por inadimplência, implicam arcar o Beneficiário Titular com o respectivo custo do procedimento, em seu valor integral.

Art. 91. Qualquer tolerância da CASACARESC na execução das normas regulamentares, não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 92. Respeitadas as disposições do presente Regulamento, a Diretoria Executiva da CASACARESC emitirá as resoluções necessárias a disciplinar o funcionamento do PASESP.

Art. 93. 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. 94. É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pelas CONVENIADAS, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 148/07.

Art. 95. Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo da CASACARESC, e vigorará por prazo indeterminado.

Art. 96. Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

PLANO DE CUSTEIO DO PASESP

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

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 dos Dependentes Especiais - PASESP, 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:

I - 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 período de junho do ano anterior a maio do ano da correção.

II - a título de Taxa de Inscrição o valor equivalente a 3 (três) vezes o valor da 1ª (primeira) contribuição.

Parágrafo Único. No caso de universitário que participou do PASESP e retornou à sua graduação, com direito à inscrição no PASA, não pagará novamente inscrição quando reingressar no PASESP.

Art. 2º A CONTRIBUIÇÃO a ser cobrada de cada beneficiário do PASESP seguirá a tabela construída por faixa etária, conforme expressão abaixo:

Faixas Etárias	Valor R\$ Até 31/08/2013	Valor R\$ partir de 1/09/2013
I - 0 a 18 anos de idade	90,00	96,26
II - 19 a 23 anos de idade	112,50	120,32
III - 24 a 28 anos de idade	135,01	144,39
IV - 29 a 33 anos de idade	162,01	173,27
V - 34 a 38 anos de idade	194,41	207,92
VI - 39 a 43 anos de idade	233,28	249,49
VII - 44 a 48 anos de idade	279,94	299,40
VIII - 49 a 53 anos de idade	335,94	359,29
IX - 54 a 58 anos de idade	369,53	395,21
X - 59 anos e acima	413,87	442,64

§ 1º. Os valores constantes na tabela acima estarão sujeitos a correções anualmente pelo INPC, considerando o INPC acumulado no período de junho do ano anterior a maio do ano do reajuste, e tecnicamente sempre que cálculo atuarial o recomendar, pena de inviabilização do plano de saúde.

§ 2º. A mudança de faixa etária, com a correspondente alteração de valor, acontecerá no mês seguinte em que o beneficiário completar a idade inicial da faixa seguinte, ou seja, no mês seguinte em que completar 19, 24, 29...e 59 anos, respectivamente, consoante tabela supra.

Art. 3º Na utilização, pelos Beneficiários inscritos no PASESP, 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):

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.

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



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

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 e utilizados pelos Beneficiários Dependentes Especiais inscritos no PASESP, definida em percentuais e calculada a partir dos valores constantes das tabelas praticadas.

Art. 4º Qualquer despesa efetuada antes do cumprimento das carências previstas no Regulamento do PASESP será cobrada integralmente do associado titular.

Art. 5º 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. 6º Caso o dependente especial sofra risco pessoal, os procedimentos médicos não cobertos pelo PASESP, que se tornarem indispensáveis à superação do risco, ficam desde já autorizados pelo associado, que se responsabilizará pelo custo integral (100% cem por cento) do procedimento.

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



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

**Plano de Custeio do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP
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 PASESP.

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

		Até 31/08/2014	A partir de 1/09/2014
Custo das carteirinhas	Inscrição e 2ª via	R\$ 16,00	R\$ 16,97
Coparticipação quando da realização de exames e procedimentos	Alteração do valor da base de incidência - código principal	R\$ 350,00	R\$ 371,28

A alteração aprovada, referente custo das carteirinhas e valor da base de incidência – código principal, é a correção pelo INPC de junho/2013 a maio/2014, conforme previsto no Regulamento do PASESP.

Referente mensalidades no PASESP, o Conselho Deliberativo aprovou o reajuste de 8,5%, percentual recomendado pelos cálculos atuariais, com vigência a partir de 1/09/2014, com expressão



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

na tabela abaixo.

Tabela de mensalidade dos dependentes especiais		
Faixas Etárias	Até 31/08/2014	A partir de 1/09/2014
I - 0 a 18 anos de idade	R\$ 96,26	R\$ 104,44
II - 19 a 23 anos de idade	R\$ 120,32	R\$ 130,55
III - 24 a 28 anos de idade	R\$ 144,39	R\$ 156,66
IV - 29 a 33 anos de idade	R\$ 173,27	R\$ 188,00
V - 34 a 38 anos de idade	R\$ 207,92	R\$ 225,59
VI - 39 a 43 anos de idade	R\$ 249,49	R\$ 270,70
VII - 44 a 48 anos de idade	R\$ 299,4	R\$ 324,85
VIII - 49 a 53 anos de idade	R\$ 359,29	R\$ 389,83
IX - 54 a 58 anos de idade	R\$ 395,21	R\$ 428,80
X - 59 anos e acima	R\$ 442,64	R\$ 480,26

Florianópolis, 01 de julho de 2014.

José Alcione Schwinden Broering
Presidente do Conselho Deliberativo

Décio Alfredo Rockenbach
Presidente Casacaresc

**Plano de Custeio do Programa de Assistência à Saúde dos Dependentes Especiais – PASESP
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 PASESP.

Plano de Custeio do PASESP. Alterações aprovadas pelo Conselho Deliberativo, **em vigor a partir de 01/09/2015.**

Resumo alterações do Pasesp			
		Até 31/08/2015	A partir de 1/09/2015
Custo das carteirinhas	Inscrição e 2ª via	R\$ 16,97	R\$ 18,46
Coparticipação nos exames	Alteração do percentual de coparticipação sobre as despesas de cada exame	30% e 10%	20%
	Alteração do valor da base de incidência sobre as despesas de cada exame	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%	
Coparticipação nos procedimentos médicos	Alteração do percentual de coparticipação sobre as despesas	30%	20%
	Alteração do valor da base de incidência sobre as despesas	R\$ 371,28	R\$ 403,80



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC

ambulatoriais			
---------------	--	--	--

A alteração aprovada, referente custo das carteirinhas e valor da base de incidência – procedimentos ambulatoriais -, é a correção pelo INPC de junho/2014 a maio/2015, ou seja, 8,7607%, conforme previsto no Regulamento do PASESP.

Referente mensalidades no PASESP, o Conselho Deliberativo aprovou o reajuste de **12,6%** (doze inteiros e seis décimos por cento), percentual recomendado pelos cálculos atuariais, com vigência a partir de **1/09/2015**, conforme expresso na tabela abaixo.

Tabela de mensalidade dos dependentes especiais		
Faixas Etárias	Até 31/08/2014	A partir de 1/09/2015
I - 0 a 18 anos de idade	R\$ 104,44	R\$ 117,60
II - 19 a 23 anos de idade	R\$ 130,55	R\$ 147,00
III - 24 a 28 anos de idade	R\$ 156,66	R\$ 176,40
IV - 29 a 33 anos de idade	R\$ 188,00	R\$ 211,69
V - 34 a 38 anos de idade	R\$ 225,59	R\$ 254,01
VI - 39 a 43 anos de idade	R\$ 270,70	R\$ 304,81
VII - 44 a 48 anos de idade	R\$ 324,85	R\$ 365,78
VIII - 49 a 53 anos de idade	R\$ 389,83	R\$ 438,95
IX - 54 a 58 anos de idade	R\$ 428,80	R\$ 482,83
X - 59 anos e acima	R\$ 480,26	R\$ 540,77

Florianópolis, 01 de julho de 2015.

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 dos Dependentes Especiais – PASESP
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 PASESP.

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

		Até 31/08/2016	A partir de 1/09/2016
Custo das carteirinhas	Inscrição e 2ª via	R\$ 18,46	R\$ 20,27
Coparticipação quando da realização de exames	Exames laboratoriais e de imagem	20% do custo total do exame	20% do custo total do exame
Coparticipação nos procedimentos médicos ambulatoriais	Alteração do valor da base de incidência sobre as despesas	20% de R\$ 403,80	20% de R\$ 443,45

Referente mensalidades no PASESP, o Conselho Deliberativo aprovou o reajuste de 9,82%, percentual recomendado pelos cálculos atuariais, para vigorar a partir de 1/09/2016, com expressão na tabela abaixo.

Tabela de mensalidade dos dependentes especiais		
Faixas Etárias	Até 31/08/2016	A partir de 1/09/2016
I - 0 a 18 anos de idade	R\$ 117,60	R\$ 129,15
II - 19 a 23 anos de idade	R\$ 147,00	R\$ 161,44
III - 24 a 28 anos de idade	R\$ 176,40	R\$ 193,72
IV - 29 a 33 anos de idade	R\$ 211,69	R\$ 232,48
V - 34 a 38 anos de idade	R\$ 254,01	R\$ 278,95
VI - 39 a 43 anos de idade	R\$ 304,81	R\$ 334,74
VII - 44 a 48 anos de idade	R\$ 365,78	R\$ 401,70
VIII - 49 a 53 anos de idade	R\$ 438,95	R\$ 482,05
IX - 54 a 58 anos de idade	R\$ 482,83	R\$ 530,24
X - 59 anos e acima	R\$ 540,77	R\$ 593,87

A alteração foi aprovada, corrigindo-se os itens acima 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



Caixa Assistencial e Beneficente
dos Funcionários da ACARESC