

FAE CES

PLASS

Plano de

Assistência à Saúde

REGULAMENTO

REGISTRO ANS Nº 32966-5

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA FAECES-PLASS

- ✓ Aprovado pela Secretaria de Previdência Complementar – SPC, conforme Ofício n101 - SPC/CGOF/COJ, de 18/02/1997.
- ✓ Registrado na *Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS*, sob nº 032.966-5.
- ✓ Registro Provisório: 401.702/98-1
- ✓ Alteração para adequação à Lei 9656/98, aprovada pela DE/FAECES através do processo nº 245/04, Ata 162ª/04.
- ✓ Alterações aprovadas pela Diretoria Executiva Ata da 186ª reunião, de 17/08/05 e Ata da 158ª reunião, de 24/08/05 do Conselho Deliberativo.
- ✓ Ofício DSE/FAECES nº 091, de 02/05/06, encaminhando Regulamento para Registro Definitivo.
- ✓ Ofício DPR/FAECES nº 061, de 20/11/07, comunicando reajuste e alterações.

Contratação:

Segmentação Assistencial:

Formação da Contribuição:

Padrão de Acomodação:

Fator Moderador:

Coletivo por Adesão

Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Pré-estabelecido

Individual

Co-participação

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA FAECES - P L A S S

ÍNDICE

CAPÍTULO	ASSUNTO	PG.
I	DOS OBJETIVOS	4
II	DAS DEFINIÇÕES	4
III	DO PATRIMÔNIO	8
IV	DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	9
	I. Da Área de Abrangência	9
	II. Do Início do Direito	9
	III. Das Condições de Atendimento	9
	IV. Do Reembolso	9
V	DOS USUÁRIOS	10
	I. Do titular	10
	II. Dos Dependentes	10
	III. Dos Agregados	10
	IV. Da Inclusão de Usuários	11
	V. Da Exclusão de Usuários	12
VI	DA CREDENCIAL INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO	13
VII	DO PLANO	13
VIII	DAS COBERTURAS	13
IX	DOS PROCEDIMENTOS	17
X	DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS	18
XI	DAS CARÊNCIAS	19
XII	DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA	20
	I. Obrigação dos Usuários	20
	II. Da Co-Participação	22
	III. Da Inadimplência	22
XIII	DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	22
Anexo I	TABELAS DE ADESÃO “A” E “B”	24

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA FAECES - P L A S S

REGULAMENTO

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Este instrumento tem por finalidade regulamentar as condições do Plano de Assistência à Saúde da FAECES – Fundação Assistencial dos Empregados da CESAN, doravante denominado PLASS, aprovado pela Secretaria de Previdência Complementar – SPC, conforme Ofício 101 SPC/CGOF/COJ, de 18/02/1997 e registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob nº 032.966-5.

Art. 2º - O PLASS tem por objetivo proporcionar assistência médica suplementar a seus usuários titulares, dependentes e agregados, o qual se fará através de profissionais e instituições credenciadas junto à patrocinadora instituidora da FAECES, a Companhia Espírito Santense de Saneamento – CESAN.

Art. 3º - A assistência ora regulamentada compreende a prevenção da doença e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente na data da aprovação deste Regulamento.

Art. 4º - O PLASS tem como característica desenvolver programas de proteção à saúde, considerando o sistema de auto gestão.

CAPÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 5º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

1. Acidente Pessoal: evento exclusivo com data caracterizada, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

2. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: Órgão vinculado ao Ministério da Saúde com competência para regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

3. Agravo da Contraprestação: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, aplicado apenas à patologia que requeira evento cirúrgico, e ou uso de leitos de alta tecnologia, e ou procedimentos de alta complexidade.

4. Assistidos: participantes que recebem suplementação de aposentadoria da FAECES.

5. Atendimento Ambulatorial: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

6. Auto Patrocinado: participante da FAECES que rescinde Contrato de Trabalho com a CESAN/FAECES, e que no prazo de 30(trinta) dias corridos, a partir da perda do vínculo empregatício, optem pela manutenção de sua inscrição junto à FAECES.

7. Cálculo Atuarial: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

8. Carência: é o prazo ininterrupto, contado a partir da data de inclusão no Plano de Saúde, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.

9. Certificado de Depósito Interbancário - CDI: é a taxa de remuneração do capital no mercado interbancário.

10. CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. As doenças cobertas por este contrato, são as relacionadas aos procedimentos determinados pela legislação.

11. Cobertura: procedimentos cobertos pelo PLASS.

12. Conselho de Saúde Suplementar (CONSU): é o órgão coligado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do Setor de Saúde suplementar.

13. Consulta: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

14. Contribuição: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente ao PLASS.

15. Credencial Individual de Identificação: é o documento onde se discrimina a identidade do usuário (nome, matrícula, código, data de nascimento, etc.). É utilizado como comprovante para a efetivação dos serviços autorizados pelo PLASS.

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

17. Doença ou Lesão Preexistente: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde da pessoa, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o usuário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

18. Eletivo: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

19. Emergência: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

20. Evento: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

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

São considerados Exames Básicos de diagnóstico e terapia:

- a) análises clínicas;
- b) histocitopatologia;
- c) eletrocardiograma convencional;
- d) eletroencefalograma convencional;
- e) endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica;
- f) exames radiológicos simples sem contraste;
- g) exame e testes alergológicos;
- h) exames e testes oftalmológicos;
- i) exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringoestroboscopia;
- j) inaloterapia;
- k) prova de função pulmonar;
- l) teste ergométrico.

São considerados Exames Especiais de diagnóstico e terapia:

- a) angiografia;
- b) arteriografia;
- c) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral;
- d) ultra-sonografia;
- e) tomografia computadorizada;
- f) ressonância nuclear magnética;
- g) medicina nuclear;
- h) desintometria óssea;
- i) laparoscopia diagnóstica;
- j) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido;
- k) eletrocardiografia dinâmica (holter);
- l) monitorização ambulatorial de pressão arterial;
- m) litotipsia;
- n) radiologia com contraste e intervencionista;
- o) cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada;
- p) videolaparoscopia diagnóstica cirúrgica;
- q) oxigenoterapia hiperbárica;
- r) tratamento esclerosante de varizes;
- s) endoscopia que não possam ser realizadas em regime ambulatorial;

- t) eletromiografia; e
- u) eletroneuromiografia.

. São também considerados *procedimentos especiais*, a quimioterapia e a radioterapia.

- 22. Grupo Familiar:** entende-se por grupo familiar, o próprio usuário titular e seus dependentes.
- 23. Incentivados:** são ex-empregados beneficiados através do Programa de Incentivo da CESAN.
- 24. Inscrição:** é o ato de incluir um usuário no plano.
- 25. Internação Hospitalar:** é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob cuidados da Instituição, para ser submetido a algum tipo de intervenção clínica ou cirúrgica.
- 26. Massa 1:** Plano de contribuição mensal para os empregados da CESAN, ex-empregados beneficiados através do programa de incentivo, assistidos e empregados da FAECES, que não utilizam o PLASS.
- 27. Massa 2:** Plano de contribuição individual para ex-empregados beneficiados através do programa de incentivo e respectivos dependentes, assistidos (viúvos ou separados judicialmente), pensionistas e empregados da FAECES e seus dependentes.
- 28. Massa 3:** Plano de contribuição mensal individual para agregados dos associados do PLASS.
- 29. Massa 4:** Plano de contribuição mensal para grupo familiar de assistidos e pensionistas.
- 30. Órtese:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não, ser retirado posteriormente.
- 31. Patologia:** modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- 32. Primeiros Socorros:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- 33. Procedimentos:** serviços médicos, hospitalares e laboratoriais contratados.
- 34. Prótese:** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- 35. Rede Credenciada:** trata-se de médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e afins que, através de convênio, atendem os usuários do PLASS.
- 36. Regulamento:** é o guia prático do usuário, descrevendo de forma sucinta e didática os principais procedimentos médicos, bem como esclarecimentos necessários para utilização dos serviços.

37. Rol de Procedimentos: é a lista editada pelo CONSU que referencia os procedimentos médicos básicos obrigatórios.

38. Tabela de Referência: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicados às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, utilizada para fins de reembolso, de acordo com a Tabela da CESAN.

39. Urgência: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no quadro de saúde e processo gestacional.

40. Usuário: é o titular, seus dependentes e agregados aceitos e efetivamente incluídos no PLASS.

41. Usuário Agregado: é o indicado pelo usuário titular para participar no plano, desde que obedecidas condições previstas neste Regulamento.

42. Usuário Dependente: é o dependente do usuário titular, obedecidas as condições previstas neste Regulamento.

43. Usuário Titular: é o participante, o assistido ou pensionista associado ao PLASS.

Art. 6º - Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência aos(as) usuários(as), aos(as) filhos(as), aos(as) menores, etc.

CAPÍTULO III DO PATRIMÔNIO

Art. 7º - Constituem recursos do PLASS:

- a) contribuição mensal paga pelos usuários;
- b) renda de bens e serviços de qualquer natureza;
- c) créditos, bens e títulos de renda de qualquer natureza;
- d) contribuições espontâneas, co-participação, doações, auxílios ou legados feitos por pessoa física ou jurídica.
- e) contribuições extraordinárias de usuários, provenientes de déficits eventuais.

Art. 8º - O patrimônio do PLASS é independente e totalmente desvinculado do Plano Previdencial da FAECES, sendo contabilizado em separado no Programa Assistencial, conta corrente bancária independente, rubricas específicas para cada um dos programas e destinado integralmente à realização de seus objetivos.

CAPÍTULO IV DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

I - DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Art. 9º - O PLASS tem abrangência geográfica no Estado do Espírito Santo.

II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 10 - Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos usuários, após o cumprimento das carências específicas.

III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 11 - Somente terão direito aos serviços cobertos por este Regulamento os usuários regularmente inscritos e isentos de inadimplência, respeitando o período de carência, se houver.

Art. 12 - O PLASS assegurará aos usuários os serviços médico-ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia médico-hospitalares, previstos neste Regulamento.

IV - DO REEMBOLSO

Art. 13 - O PLASS assegurará o reembolso no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, quando comprovadamente não for possível a utilização dos serviços credenciados pelo PLASS.

Art. 14 - O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a)** relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital (até 12 horas de repouso);
- b)** conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c)** recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d)** comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Art. 15 - serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

Art. 16 - O usuário perderá o direito ao reembolso decorridos 60(sessenta) dias da data do evento.

CAPÍTULO V DOS USUÁRIOS

I - DO TITULAR

Art. 17 - São considerados usuários titulares aqueles que aderirem ao PLASS, desde que participantes, assistidos ou pensionistas da FAECES.

II - DOS DEPENDENTES

Art. 18 - São usuários dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica comprovadas, em relação ao usuário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até completarem 18 anos ou 24 anos se estiverem cursando o 3º grau;
- c) o enteado com apresentação de documento comprobatório, o menor sob guarda judicial e o menor tutelado, até completarem 18 anos ou 24 anos se estiverem cursando o 3º grau;
- d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos, enteados, tutelados, curatelados e pessoas sob guarda judicial comprovadamente inválidos.

1º - Os dependentes dos empregados da CESAN, associados ao PLASS, com direito a assistência à saúde da CESAN, não poderão fazer uso do plano.

§ 2º - Os dependentes dos associados do PLASS, inscritos até 30/04/05, continuarão com direito à utilização do Plano até completarem 21 anos ou 24 anos, se estiverem cursando o 3º grau.

§ 3º - A inclusão de cônjuge a partir do segundo casamento e de enteados como dependentes do titular do PLASS, não os isenta do cumprimento da carência estabelecida no Capítulo XI.

III - DOS AGREGADOS

Art. 19 - São usuários agregados em relação ao usuário titular, sem direito a assistência à saúde da CESAN:

- a) filhos, netos, irmãos e sobrinhos consangüíneos;

b) enteados com apresentação de documento comprobatório, tutelados e pessoas que, quando menores possuíam documentos de vínculo de dependência com o participante titular por decisão judicial.

c) genros e noras.

PARÁGRAFO ÚNICO – Será permitida a inclusão de agregados com idade igual ou inferior a 44(quarenta e quatro anos).

IV - DA INCLUSÃO DE USUÁRIOS

Art. 20 - No ato da inscrição o usuário titular deverá preencher e assinar a Proposta de Inscrição, apresentar os documentos exigidos pelo PLASS e receber o Regulamento do Plano.

§ 1º - O usuário titular poderá optar no ato da inscrição, pelo desconto das contribuições em folha de pagamento ou cobrança bancária.

§ 2º - A cobrança bancária dos agregados, com atraso superior a 60 (sessenta) dias, será de responsabilidade do usuário titular, e deverá ser descontada, sem comunicação prévia na folha de pagamento.

§ 3º - O usuário titular incluso após a aprovação deste Regulamento, além de cumprir as carências estabelecidas no Capítulo XI, pagará o valor disposto na Tabela de Adesão da Massa 1, multiplicado pelo número de meses decorridos entre a data de implantação do PLASS(março/97), até a data de adesão, corrigido pela variação da taxa Selic.

§ 4º - O usuário desligado poderá aderir novamente ao PLASS, com o pagamento equivalente a contribuição determinada para a Massa 1, prevista na Tabela de Contribuição por mês de desligamento, atualizado pela variação da taxa Selic, acumulada da data do desligamento até a data da nova adesão, acrescido de débitos a que se refere a alínea “b” do Artigo 24, bem como análise pela perícia médica.

§ 5º - O ex-usuário que se desligou do PLASS no período de vigência do Plano de Saúde contratado pelo Sindaema, de 01/06/08 a 20/01/09, estará isento do cumprimento de carência e perícia médica, desde que reinscrito no PLASS até 20/03/09;

§ 6º - O usuário que se associar ao PLASS a partir do dia 16 de cada mês pagará sua contribuição proporcional no 1º mês de utilização.

Art. 21 - Os empregados da CESAN e da FAECES, os assistidos, autopatrocinados, incentivados e pensionistas, garantirão, ao associar-se, acesso aos procedimentos do PLASS, após o cumprimento das carências estabelecidas no Capítulo XI, deste Regulamento.

Art. 22 - Podem ainda inscrever-se no PLASS:

I. filho recém-nascido, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o evento;

II. filho adotivo menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante.

III. cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

IV. neto(a) recém nascido isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30(trinta) dias após o evento, e a mãe seja usuária do PLASS.

Parágrafo Único – o assistido, auto patrocinado e empregado da FAECES inscrito na Tabela de Adesão da Massa 1, poderá inscrever o filho menor na Tabela de Adesão da Massa 2, para utilização dos procedimentos do PLASS, desde que cumpra as carências estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 23 - Ultrapassados os prazos previstos neste Capítulo, os novos usuários cumprirão os períodos de carências indicados no presente Regulamento.

V - DA EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

Art. 24 - São casos de perda de direito ao PLASS:

- a) atraso superior a 60 (sessenta) dias consecutivos da contribuição devida, que acarreta a suspensão da credencial de acesso aos serviços credenciados;
- b) ausência de liquidação de débitos vencidos;
- c) fraude na utilização dos serviços, por culpa devidamente apurada;
- d) perder o direito de ser participante da FAECES.

§ 1º - O usuário poderá desligar-se do PLASS a qualquer momento, mediante comunicação escrita à FAECES, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem que isto o desobrigue a quitar débitos de sua responsabilidade até a data de seu efetivo desligamento.

§ 2º - O usuário desligado do PLASS, não terá direito à restituição das contribuições até então efetuadas, salvo por cobrança indevida.

§ 3º - O desligamento do usuário titular implica automaticamente na suspensão da utilização dos serviços de assistência à saúde proporcionados pelo PLASS, a todos os usuários, dependentes e agregados.

§ 4º - Os usuários dependentes que perderem esta condição, serão automaticamente excluídos do PLASS, facultando-se a transferência para a condição de usuário agregado, aproveitando-se

as carências já cumpridas, desde que esta nova condição seja regularizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da perda da qualidade.

§ 5º - O atraso superior a 90(noventa) dias consecutivos da contribuição devida, acarreta o desligamento automático do Plano.

§ 6º - O usuário que desejar retornar ao Plano após o desligamento citado no parágrafo anterior, deverá cumprir o que estabelece o § 4º do artigo 20, deste Regulamento.

CAPÍTULO VI DA CREDENCIAL INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 25 - Para receber atendimento médico e hospitalar, o usuário titular, seu dependente e agregado, deverão identificar-se perante o profissional ou instituição credenciada mediante apresentação de documento de identidade e da credencial de acesso aos serviços credenciados pelo PLASS.

§ 1º - A credencial de acesso aos serviços de assistência médica e hospitalar, terá validade mensal e somente será entregue ao usuário que não apresentar débito pendente.

§ 2º - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos, para obtenção de atendimento médico hospitalar, pelos ex-usuários que perderam a condição de associados ou em qualquer hipótese, por terceiros, com ou sem o conhecimento destes.

§ 3º - O uso indevido da Credencial Individual de Identificação de qualquer usuário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos pela FAECES, bem como a exclusão do respectivo usuário titular.

CAPÍTULO VII DO PLANO

Art. 26 - Os usuários farão jus aos serviços prestados por profissionais e instituições credenciados junto a Patrocinadora Instituidora da FAECES, a Companhia Espírito Santense de Saneamento - CESAN, satisfeitas as condições estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo Único - Fica a critério da FAECES, solicitar aos seus usuários a retirada de autorizações prévias para as internações hospitalares e outros procedimentos médicos que forem julgados pertinentes, salvo nos casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO VIII DAS COBERTURAS

Art. 27 - As coberturas compreendem os atendimentos realizados em consultórios, ambulatórios ou clínicas, observadas as seguintes abrangências:

- I. consultas médicas, em número ilimitadas, junto à rede de credenciados, inclusive as consultas obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

- II. parto normal e de cesariana;
- III. assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular e do agregado, durante os primeiros 30(trinta) dias após o parto ou adoção;
 - IV. serviços de apoio de diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
 - V. atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada;
 - VI. remoção em ambulância entre hospitais ou assemelhados, dentro do estado, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
 - VII. psicoterapia, entendida esta como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- VIII. Acupuntura.

Art. 28 - Durante a internação hospitalar e/ou cirúrgica, o PLASS garante aos usuários os seguintes serviços:

- I. diárias de internação hospitalar, desde que justificada pelo médico assistente;
- II. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este Regulamento;
- III. assistência médica através de médicos credenciados;
- IV. 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. taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- VI. serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- VII. utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento;

VIII. unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;

- IX.** alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital até a alta hospitalar, limitadas aos recursos do estabelecimento;
- X.** acomodação para acompanhante do usuário, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XI.** despesas com remoção inter-hospitalar ou assemelhado do usuário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e dentro do estado;
- XII.** cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessárias à prevenção da vida, órgãos ou funções, observadas as alíneas a seguir:

a) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, não haverá cobertura para internação;

b) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º - As internações cobertas pelo presente Regulamento serão realizadas em quarto individual com banheiro privativo e direito à acompanhante.

§ 2º - Para internação hospitalar eletiva, a FAECES se reserva o direito de solicitar a avaliação de diagnóstico, por médico indicado pela mesma, e somente serão cobertas, quando autorizadas previamente.

§ 3º - Nos casos de internação de emergência, a critério da FAECES, poderá ser realizado exame pericial por médico perito indicado pela própria.

§ 4º - Internação hospitalar de urgência pela rede credenciada, realizada sem prévia obtenção de guia de internação hospitalar, deverá ser solicitada no prazo de 72 (setenta e duas) horas, do primeiro dia útil após a internação, através de declaração do médico assistente. Quando da não solicitação no tempo determinado, a FAECES se desobrigará da cobertura de custos resultantes dessa internação;

§ 5º - Todo e qualquer pedido de internação deverá ser encaminhado através de solicitação do Médico Assistente contendo no mínimo, as seguintes informações: nome do paciente; data e hora da internação; hipótese de diagnóstico; nome do Médico, CRM e assinatura;

Art. 29 - Estão incluídos na cobertura os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação:

a) hemodiálise e diálise peritoneal (DPI/CAPD);

b) quimioterapia;

- c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- d) nutrição parenteral ou enteral;
- e) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- f) radiologia intervencionista;
- g) remoções em urgências e emergências;
- h) fisioterapia.

Art. 30 - Terão cobertura às cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem do ambiente hospitalar.

Art. 31- A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo usuário, e que estejam causando problemas funcionais.

Art. 32 - Os transplantes de córnea e rim estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante como acompanhamento clínico no período de internação do receptor e doador, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos nacionais e importados sem similar nacional utilizado durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção.

Parágrafo único - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

Art. 33 - Com exceção dos casos de dependência química, tratados no artigo seguinte, estará coberto o tratamento de usuários portadores de transtornos psiquiátricos que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos e alas de hospitais gerais, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.

§ 1º - além da cobertura especificada, o usuário poderá dispor de 8(oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital/dia;

§ 2º - para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, deverá ser estendida a 180(cento e oitenta) dias por ano.

§ 3º - A utilização de tais serviços por período superior ao acima descrito, se tornará de responsabilidade exclusiva do usuário, que passará a arcar com as despesas advindas de tal utilização, isentando a FAECES de qualquer responsabilidade financeira.

Art. 34 - Também estarão cobertas as internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização.

§ 1º - As internações circunscritas ao tratamento de “desintoxicação”, serão cobertas pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos, a contar do primeiro dia de internação.

§ 2º - A utilização de tais serviços por período superior ao acima descrito, se tornará de responsabilidade exclusiva do usuário, que arcará exclusivamente com as despesas advindas de tal utilização, isentando a FAECES de qualquer responsabilidade financeira.

§ 3º - Entende-se por prazo não cumulativo aquele que não ultrapassa o período de 12 (doze) meses. A não utilização do período integral em 12 (doze) meses não dará direito a utilização da diferença no período de 12 (doze) meses posterior.

§ 4º - O usuário poderá dispor de 8(oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital/dia.

Art. 35 - As lesões auto-infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em usuários portadores de transtornos psiquiátricos serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

CAPÍTULO IX DOS PROCEDIMENTOS

Art. 36 - As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente e autorização de internação expedida em favor do usuário.

Art. 37 - Os usuários deste plano obrigam-se, ao se internarem, a apresentar à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, a credencial individual de identificação emitido pela FAECES, dentro da validade.

Art. 38 - O prazo de internação fixado pela FAECES, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Art. 39 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responda, deverá apresentar a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente.

Art. 40 - O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário ao prestador do atendimento.

Art. 41 - A FAECES não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou instituições credenciadas ou não. As despesas decorrentes destes acordos correrão por conta exclusiva do usuário.

Art. 42 - Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

Parágrafo Único – Caso haja indicação de atendimento domiciliar pelo Médico Assistente, o Médico Auditor fará visita hospitalar para avaliação física do usuário para remoção, se for o caso.

CAPÍTULO X DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art. 43 – Os serviços médicos e hospitalares não cobertos, compreendem:

- I. consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- II. tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- III. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- IV. medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional;
- V. tratamentos e cirurgias para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como o tratamento cirúrgico para todos os tipos de impotência sexual;
- VI. cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o usuário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento; para emagrecimento ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;
- VII. medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;
- VIII. check-up (avaliação preventiva) em regime de internação hospitalar, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- IX. exames para natação e ginástica;
- X. aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;

- XI.** aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XII.** despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste Regulamento;
- XIII.** transplantes, exceto os de córnea e rim;
- XIV.** tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- XV.** procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência do PLASS.

CAPÍTULO XI DAS CARÊNCIAS

Art. 44 - O usuário titular, seus dependentes, agregados e pensionistas, cumprirão os prazos de carência abaixo relacionados:

- I.** 24 horas após a inclusão como usuário para atendimentos decorrentes de urgência e emergência, ocorridos comprovadamente durante a vigência do contrato;
- II.** 30 (trinta) dias após a inclusão como usuário para consultas e exames simples com custos até R\$ 120,00(cento e vinte reais);
- III.** 180 (cento e oitenta) dias após a inclusão como usuário para:
 - a)** internações clínicas, cirúrgicas e cirurgias eletivas de qualquer espécie, doenças cardiovasculares, neurovasculares, oncológicas, exceto transplantes de rins e córneas e aquelas decorrentes de transtornos psiquiátricos;
 - b)** serviços auxiliares e procedimentos médicos: angioplastias; diálises; endoscopias digestivas, respiratórias e urológicas terapêuticas; fisioterapias; hemodiálises; hemodinâmicas terapêuticas; hemoterapias; laparoscopias; toracoscopias e artroscopias terapêuticas; litotripsias; procedimentos estereotáxicos; quimioterapias; radiocirurgias; radioterapias; remoções e vídeo-laparoscopias terapêuticas.
 - c)** exames complementares: anatomopatologia; angiografias convencionais ou digitais; arteriografias; biópsias; cardiocografia (monitoragem fetal); colposcopia; densitometria óssea; ecocardiogramas; eletrocardiografias dinâmicas (holter); eletrococleografias; endoscopias digestivas, respiratórias e urológicas diagnósticas; exames decorrentes de doenças cardiovasculares e neurovasculares; exames genéticos; flebografias; fluoresceinografias; laparoscopias; toracoscopias e artroscopias diagnósticas; linfografia; MAPA (Monitoração Ambulatorial de Pressão Arterial); medicina nuclear; cintilografias e mapeamentos; neurofisiologia clínica; neuroradiologia; papanicolau; radiologia vascular; ressonância magnética; tomografia computadorizada; ultra-sonografias e vídeo-laparoscopias diagnósticas; vulvoscopia.

d) internações de transtornos psiquiátricos.

IV. 300 (trezentos) dias após a inclusão como usuário para atendimentos em partos a termo.

V. 24 (vinte e quatro) meses para cobertura de portadores ou sofredores de lesões ou doenças preexistentes.

a) a FAECES realizará entrevista qualificada e exames pré ou pós admissionais, visando identificar a existência de lesões ou doenças preexistentes.

b) a constatação durante o período de 24(vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente caracterizará fraude, sujeitando o usuário, a critério da FAECES, à suspensão da cobertura, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

§ 1º - Não será permitida a antecipação de pagamento para cumprimento de carências.

§ 2º - Não serão exigidos prazos de carência nos seguintes casos:

a) associado do PLASS aposentado por invalidez.

b) pensionista, cujo cônjuge associado do PLASS, tiver falecido;

c) associado do PLASS que tenha se desligado da CESAN ou da FAECES, desde que inscritos como usuário no PLASS até 30(trinta) dias da data do desligamento;

d) dependente de ativo que perder o direito de utilização da Assistência Médica Supletiva da CESAN, desde que inscritos como agregado no PLASS, até 30 (trinta) dias da data do desligamento da Assistência Médica Supletiva da CESAN.

e) ex-usuário dependente de assistido que perder o direito de utilização do Plano de Assistência à Saúde - PLASS, desde que inscritos como agregado no PLASS, até 30 (trinta) dias da data do desligamento do referido Plano.

CAPÍTULO XII DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

I - DA OBRIGAÇÃO DOS USUÁRIOS

Art. 45 - São deveres do usuário titular:

a) cumprir e fazer cumprir, por seus dependentes e agregados, as disposições deste Regulamento;

b) pagar, mediante desconto em folha ou cobrança bancária, sua contribuição ou outros débitos;

c) atender às convocações da perícia/auditoria médica.

Art. 46 - Considerando que a manutenção do plano é de responsabilidade dos usuários, as contribuições fixadas neste Regulamento poderão ser corrigidas com base no custo da Assistência Médica Supletiva, com a devida comunicação à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, visando manter o equilíbrio financeiro e atuarial do PLASS.

§ 1º - As contribuições mensais serão diferenciadas por faixa etária e categoria de usuário estipulada nas Tabelas de Adesão A e B (Anexo I), conforme percentuais de reajuste incidente entre as faixas:

a) **Massa 1** (Registro ANS nº 401.702/98.1) - Plano de contribuição mensal para os empregados da CESAN, ex-empregados beneficiados através do Programa de Incentivo, assistidos e empregados da FAECES, que não utilizam o PLASS.

b) **Massa 2 (Registro ANS nº 401.702/98.1)** - Plano de contribuição individual para ex-empregados beneficiados através do Programa de Incentivo e respectivos dependentes, assistidos (viúvos ou separados judicialmente), pensionistas e empregados da FAECES e seus dependentes.

c) **Massa 3 (Registro ANS nº 401.702/98.1)** - Plano de contribuição mensal individual para agregados dos associados do PLASS.

d) **Massa 4 (Registro ANS nº 401.702/98.1)** - Plano de contribuição mensal para grupo familiar de assistidos e pensionistas.

§ 2º - Sem prejuízo do disposto no caput deste artigo, o Plano de Custeio do PLASS será analisado atuarialmente ao encerramento de cada Balanço visando verificar o seu equilíbrio econômico - atuarial, podendo as contribuições, serem ajustadas caso os estudos atuariais demonstrem tal necessidade.

§ 3º - o usuário inscrito no PLASS, após 30/04/04, terá sua contribuição estabelecida com base na Tabela de Adesão “B”, não lhe sendo permitido reverter tal situação no futuro.

§ 4º - o usuário do PLASS enquadrado nas massas 2 e 4, não poderá ser transferido para a Massa 1.

Art. 47 - Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária”.

§ Único – A alteração da contribuição por mudança de Faixa Etária ocorrerá no dia 30 do mês do aniversário do associado.

II - DA CO-PARTICIPAÇÃO

Art. 48 - Objetivando maior racionalização dos custos do PLASS, será exigida a participação dos usuários em determinados eventos e procedimentos médicos, a saber:

§ 1º - Participação de 20% (vinte por cento) nos procedimentos com valores iguais ou inferiores a R\$ 120,00 (cento e vinte reais).

§ 2º - Participação de 5% (cinco por cento) nos procedimentos com valores superiores a R\$ 120,00 (cento e vinte reais).

§ 3º - Não terão participação financeira dos associados os procedimentos de angioplastia, cateterismo cardíaco, cirurgias por técnica videolaparoscópica, bem como procedimentos de características hospitalares, quais sejam, internações em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e Unidade Coronariana e internações hospitalares clínicas ou cirúrgicas.

§ 4º - Os valores serão os estabelecidos nas tabelas utilizadas pela Assistência Médica Supletiva da CESAN.

§ 5º - O valor definido nos §§ 1º e 2º será atualizado sempre que necessário, através de Resolução da Diretoria Executiva da FAECES.

III – DA INADIMPLÊNCIA

Art. 49 – Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora equivalente a taxa Selic proporcional aos dias em atraso.

CAPÍTULO XIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 50 - Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 51 - A utilização dos serviços cobertos, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do usuário pagar à FAECES o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência.

Art. 52 - A FAECES reserva-se o direito de sugerir a rescisão do contrato com qualquer credenciado, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste Regulamento.

§ 1º - é facultada a substituição de hospital credenciado, desde que por outro equivalente, mediante comunicação aos usuários e à Agência Nacional de Saúde com 30(trinta) dias de antecedência.

§ 2º - Na hipótese da substituição do hospital credenciado ocorrer por decisão da FAECES durante o período de internação do usuário, as despesas serão pagas pelo PLASS até sua alta hospitalar, a critério do Médico Assistente.

Art. 53 - O envio de cobrança valerá como intimação ao usuário, para todos os efeitos desse Regulamento, a partir da data do respectivo vencimento.

Art. 54 – O prazo de duração do PLASS é indeterminado.

Art. 55 - Em caso de extinção do PLASS, o patrimônio remanescente, depois de liquidado seus compromissos, será rateado entre os usuários que estejam em gozo dos direitos sociais na data da extinção.

Art. 56 - Os casos omissos neste Regulamento serão decididos pela Diretoria Executiva da FAECES.

ANEXO I

Setembro/2017: Reajuste: 24,61%

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO A (Inscrições realizadas até 30/04/2004)

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO (R\$) E VARIAÇÃO ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS (%)						
	MASSA 1	MASSA 2	%	MASSA 3	%	MASSA 4	%
00 – 17	9,00	341,03	--	392,92	---	622,74	--
18 – 29	9,00	392,92	15,22	452,20	15,09	630,13	1,19
30 – 39	9,00	444,78	13,20	548,58	21,31	897,02	42,35
40 – 49	9,00	600,51	35,01	689,47	25,68	978,56	9,09
50 – 59	9,00	837,68	39,49	993,42	44,08	1.467,88	50,00
60 – 69	9,00	1.275,16	52,23	1.460,49	47,02	2.174,93	48,17
70 ou +	9,00	1.599,42	25,43	2.350,02	60,91	2.735,39	25,77

TABELA DE CONTRIBUIÇÃO B (Inscrições realizadas após 01/05/2004)

FAIXA ETÁRIA	CONTRIBUIÇÃO (R\$) E VARIAÇÃO ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS (%)						
	MASSA 1	MASSA 2	%	MASSA 3	%	MASSA 4	%
00 – 18	9,00	341,03	--	392,92	--	622,74	--
19 – 23	9,00	392,92	15,22	452,20	15,09	630,13	1,19
24 – 28	9,00	415,18	5,67	496,67	9,83	941,55	49,42
29 – 33	9,00	444,78	7,13	548,58	10,45	978,56	3,93
34 – 38	9,00	518,95	16,68	615,36	12,17	1.097,13	12,12
39 – 43	9,00	600,45	15,70	689,47	12,04	1.230,65	12,17
44 – 48	9,00	837,68	39,51	993,42	44,08	1.571,62	27,71
49 – 53	9,00	1.015,66	21,25	1.193,51	20,14	1.882,99	19,81
54 – 58	9,00	1.238,03	21,89	1.438,21	20,50	2.290,76	21,66
59 ou +	9,00	1.599,42	29,19	2.350,02	63,40	2.909,10	26,99