

DO REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO
COMSEDER REFERÊNCIA I
(483.871/19-8)

CAPÍTULO I

DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO COMSEDER REFERÊNCIA I (483.871/19-8)

- 1.1** A **COMSEDER Cooperativa de Assistência Médica dos Servidores da SUPLAN e do DER Ltda.**, é uma pessoa jurídica de direito privado, entidade de natureza civil sem fins lucrativos com sede no Estado da Paraíba, na cidade de João Pessoa, na Rua Maximiano Figueiredo, 311 - Centro , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 70.094.578/0001-30 e com registro de autorização de funcionamento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº. 39.025-9, operadora de planos privados de assistência à saúde classificada na modalidade de Autogestão.
- 1.2** O plano tratado neste instrumento é denominado **COMSEDER REFERÊNCIA I** e está registrado na ANS sob o nº 483.871/19-8, possuindo como Características Gerais:
- a) Tipo de Contratação: Coletiva por Adesão
 - b) Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
 - c) Abrangência Geográfica e de Atuação: Grupo de Municípios (João Pessoa, Campina Grande, Patos, Sousa e Cajazeiras)
 - d) Padrão de Acomodação: Individual (Apartamento)
 - e) Formação de Preço: Pré-Estabelecido

CAPÍTULO II

DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

- 2.1** O presente regulamento traça as diretrizes do plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.
- 2.2** O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde, visando à assistência médica ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.
- 2.3** Nos termos da legislação vigente, os serviços ora contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como **GRUPO DE MUNICÍPIOS** (João Pessoa, Campina Grande, Patos, Sousa e Cajazeiras), observando a rede prestadora de serviços da COMSEDER.

2.4 Somente serão cobertas as despesas que tenham sido realizadas com observância, cumulativamente, das seguintes condições:

- a) A partir da data da inclusão do Beneficiário no Plano, nos termos deste Regulamento;
- b) Para a realização dos serviços previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitados os períodos de carência e mecanismos administrativos de regulação; e
- c) Com prestadores de serviços pertencentes à rede credenciada da COMSEDER.

CAPÍTULO III DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 A adesão ao plano de saúde **COMSEDER REFERÊNCIA I** dar-se-á mediante o preenchimento e assinatura da proposta de adesão pelo titular, cooperado da COMSEDER, que implica na aceitação plena deste regulamento, bem como na autorização para descontos do valor da mensalidade em folha pagamento, débito em conta corrente ou pagamento de boleto, enquanto durar a permanência no plano.

3.2 Podem participar do plano **COMSEDER REFERÊNCIA I**, os titulares e seu grupo familiar, na condição de Beneficiário do plano, desde que apresentem os documentos necessários para a sua inscrição no plano (Anexo I), na forma de:

3.2.1 TITULARES

- a) Empregados e servidores públicos ativos das entidades públicas conveniadas, desde que mantenham, também, vínculo ativo de cooperação com a COMSEDER;
- b) Empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da COMSEDER.

3.2.2 DEPENDENTES

- a) Grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo do beneficiário titular;
- b) Grupo familiar até o segundo grau de parentesco por afinidade do beneficiário titular;
- c) Criança ou adolescente sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- d) Curatelado do beneficiário titular;
- e) Cônjuge ou companheiro do beneficiário titular.

- 3.3** Após o falecimento do titular, é garantida a manutenção da adesão dos dependentes que já participavam, restringindo-se ao grupo familiar já inscrito na data do óbito, **desde que a haja a solicitação de migração para Plano de Saúde para inativos da COMSEDER de até 30 (trinta) dias a partir do falecimento do beneficiário titular.**

CAPÍTULO IV

DA COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 4.1** Os beneficiários terão a cobertura básica prevista nesta Cláusula, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando ao tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10ª Revisão CID-10, **desde que o procedimento esteja previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.**
- 4.2** Os eventos e procedimentos relacionados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** e nos seus anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura obrigatória, **caso haja indicação clínica, desde que realizada na rede credenciada da COMSEDER.**
- 4.2.1** Os insumos necessários para realização de procedimentos previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, **caso haja indicação clínica, e desde que realizada na rede credenciada da COMSEDER.**
- 4.3** Está garantida, ainda, conforme art. 15 da RN/ANS nº 428/2017, a cobertura para os procedimentos listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.
- 4.3.1** Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1.339/GM do Ministério da Saúde (RN/ANS nº 428/2017, art. 15, § 1º).

- 4.4** O atendimento está assegurado independentemente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, **A REDE DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CONTRATADA, CREDENCIADA OU REFERENCIADA da COMSEDER** e os prazos de carência estabelecidos neste regulamento (Art. 13 da RN/ANS nº 428/2017).
- 4.5** Está garantida cobertura das ações de planejamento familiar de que trata o inciso III, do artigo 35-C, da Lei nº 9.656/1998, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, observando-se as definições previstas no art. 8º da RN 428/2017.
- 4.6** Os procedimentos e eventos cobertos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a **COMSEDER** e prestadores de serviço de saúde (RN/ANS nº 428/2017, art. 5º).
- 4.6.1** Os procedimentos listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista (RN/ANS nº 428/2017, art. 5º, §1º).
- 4.6.2** Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010, e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.950, de 10 de junho de 2010 (RN/ANS nº 428/2017, art. 5º, §2º).
- 4.7** Os procedimentos e eventos em saúde cobertos que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada (RN/ANS nº 428/2017, art. 16).
- 4.8** Taxas, materiais, contrastes e medicamentos necessários para a execução dos procedimentos previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente**

à época do evento possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA - respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a COMSEDER e os prestadores de serviços (RN/ANS nº 428/2017, art. 17).

4.9 No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, será assegurada a continuidade do tratamento conforme a prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 428/2017, art. 18).

4.9.1 A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259/2011 (RN/ANS nº 428/2017, art. 18, §1º).

4.9.2 O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento (RN/ANS nº 428/2017, art. 18, §2º).

COBERTURA AMBULATORIAL

4.10 A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatórios, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam da internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências (RN/ANS nº 428/2017, art. 21):

4.10.1 A cobertura de **CONSULTAS MÉDICAS COM MÉDICOS INTEGRANTES DA REDE CREDENCIADA DA COMSEDER**, em número ilimitado, observadas as diretrizes de utilização se houver, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, I).

I- **As áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas**, não possuindo, portanto, cobertura contratual.

4.10.2 A cobertura de 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 não se caracterize como internação (artigo 12, I, b, da Lei nº 9.656/1998 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007), **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e preencham os requisitos previstos nas diretrizes clínicas e de utilização, se houver.**

4.10.3 A cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **no número mínimo de sessões (limites) estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento,** conforme indicação do médico assistente, e desde que **preencha os requisitos previstos nas diretrizes de utilização, se houver** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, III);

4.10.4 A cobertura de psicoterapia **no número mínimo de sessões (limites) estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e diretriz de utilização, se houver,** que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, IV).

4.10.5 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento**, observadas as **diretrizes de utilização, se houver**, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente, (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, V).

4.10.6 A cobertura das ações de planejamento familiar, previstas no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, para segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, VI).

4.10.7 A cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente sobre o tema e disposições deste regulamento (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, VII).

- 4.10.8** Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, VIII).
- 4.10.9** A cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, IX).
- 4.10.10** A cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde **DENTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE INTEGRANTE DA REDE CREDENCIADA DA COMSEDER** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, X).
- 4.10.11** A cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento com antineoplásicos oral e/ou venoso, **de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando as seguintes características** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XI):
- I- **Medicamento genérico:** medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia a proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB - ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI - conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - II- **Medicamento fracionado:** medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

- 4.10.12** A cobertura de procedimentos de radioterapia **listados no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, para a segmentação ambulatorial (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XII).
- 4.10.13** A cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial no **Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XIII).
- 4.10.14** A cobertura de hemoterapia ambulatorial (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XIV).
- 4.10.15** A cobertura de cirurgias oftalmológicas ambulatoriais previstas nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** (RN/ANS nº 428/2017, art. 21, XV).

COBERTURA HOSPITALAR

- 4.11** A **COMSEDER** garante aos **BENEFICIÁRIOS, DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, os seguintes serviços hospitalares, definidos e listados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**:
- 4.11.1** A cobertura, **DENTRO DOS RECURSOS PRÓPRIOS, CREDENCIADOS OU CONTRATADOS**, em número ilimitado de dias, em todas as modalidades de internação hospitalar, no padrão de acomodação especificada neste regulamento – **(Acomodação Individual / Apartamento)**

I - Será assegurado, nos casos de internação, o padrão de acomodação especificado neste regulamento - **(Acomodação Individual / Apartamento)**- de prestação de serviços médicos e hospitalares.

II - Inexistindo vaga¹ na acomodação contratada - **(Acomodação Individual / Apartamento)**- o ônus adicional da internação do mesmo em acomodação superior, conforme determina o artigo 33 da Lei nº 9.656/1998, será da **COMSEDER**.

¹ A inexistência de vaga pode ocorrer por efetiva ocupação do leito, por reservas de leito para casos de alta hospitalar de UTI e/ou reserva de leito para realização de procedimentos eletivos.

III - Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada - (**Acomodação Individual / Apartamento**) - em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto (rede credenciada), poderá a **COMSEDER** remover o **BENEFICIÁRIO**, arcando com o ônus desta remoção, considerando as condições clínicas do paciente e desde que autorizado pelo médico assistente.

IV - No caso acima, optando o **BENEFICIÁRIO** em permanecer no **HOSPITAL**, **será de sua responsabilidade o pagamento das complementações de preços de diárias e dos honorários médicos**, que deverão ser ajustados de comum acordo entre o **BENEFICIÁRIO**, os médicos, e o **HOSPITAL**, não havendo interferência ou responsabilidade da **COMSEDER**.

V - Excetuando-se os casos acima descritos, e havendo vaga na acomodação contratada, o **BENEFICIÁRIO** que optar por acomodação superior diferente da prevista neste regulamento, **ficará responsável pelo pagamento das complementações de preços de diárias, conforme Tabela da COMSEDER e dos honorários médicos, no valor da diferença de acomodação prevista na CBHPM vigente.**

4.11.2 A cobertura integral de internação psiquiátrica;

4.11.3 A cobertura de hospital-dia (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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas no Anexo II do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, III).

4.11.4 A cobertura de transplantes **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento (TRANSPLANTES DE RINS E CÓRNEAS E TRANSPLANTES AUTÓLOGOS E ALOGÊNICOS DE MEDULA ÓSSEA)**, observadas as diretrizes de utilização se houver, e dos procedimentos a ele vinculados, incluindo (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV):

I - As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do **BENEFICIÁRIO** receptor (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV, a);

II - Os medicamentos utilizados durante a internação (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV, b);

III - O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **EXCETO MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO** (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV, c); e

IV - As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao **BENEFICIÁRIO** receptor (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IV, d).

4.11.5 Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º).

I - Na saúde suplementar, os **BENEFICIÁRIOS** candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO - e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §1º).

II - As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §2º).

III - São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §3º):

- a) Determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
- b) Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

4.11.6 Os exames e procedimentos pré e pós transplantes, para fins das disposições da RN/ANS nº 259/ 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas a Segmentação, os Prazos de Carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 428/2017, art. 9º, §4º).

4.11.7 A cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde credenciados, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos aos seguintes critérios (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, V):

I - Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;

II - Que no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**.

4.11.8 A cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, desde que previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** e observadas as diretrizes de utilização, se houver (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, VI).

4.11.9 A cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contradição justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, **exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**, nos seguintes casos (artigo 12, II, f, da Lei nº 9.656/1998 c/c artigo 16 da Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso e artigo 22, VII da RN/ANS nº 428/2017):

I - Crianças e adolescentes menores de 18 anos;

II - Idosos a partir dos 60 anos de idade; e

III - Pessoas com deficiência.

4.11.10 A cobertura para remoção do paciente, **COMPROVADAMENTE NECESSÁRIA NOS TERMOS DA RN/ANS Nº 259/11**, para outro estabelecimento hospitalar (remoção inter-hospitalar), **DENTRO DOS LIMITES DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO DE SAÚDE**, em território brasileiro (artigo 12, II, e, da Lei nº 9.656/1998), desde que cumpridos os Prazos de Carência e Cobertura Parcial Temporária para internação previstos neste regulamento.

4.11.11 A cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, VIII).

4.11.12 A cobertura da 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, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, IX), observadas as diretrizes de utilização se houver:

I - 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 (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, parágrafo único):

- a) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião–dentista assistente e/ou 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 paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, parágrafo único, I), e
- b) 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 deste regulamento (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, parágrafo único, II).

4.11.13 A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (RN/ANS nº 428/2017, art. 22, X) e **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, observadas as diretrizes de utilização se houver:

I - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

II - Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definido neste regulamento;

- III - Procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- IV - Hemoterapia;
- V - Nutrição parenteral ou enteral;
- VI - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**;
- VII - Embolizações listadas nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**;
- VIII - Radiologia intervencionista;
- IX - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- X - Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**;
- XI - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, **EXCETO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO DE MANUTENÇÃO**.

4.11.14 A cobertura de 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 (Lei nº 9.656/1998, art. 10-A, incluído pela Lei nº 10.223/2001).

4.11.15 A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, observadas as diretrizes de utilização se houver.

4.11.16 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas **SOMENTE** terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** (RN/ANS nº 428/2017, art. 12).

I - Todas as escopias listadas nos Anexos do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens (RN/ANS nº 428/2017, art. 12, parágrafo único).

4.11.17 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, respeitadas as Segmentações e os Prazos de Carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT (RN/ANS nº 428/2017, art 11).

I - Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da **COMSEDER** (RN/ANS nº 428/2017, Art. 11 parágrafo único).

CAPÍTULO V

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções da **ANS** e respeitando as coberturas obrigatórias previstas na Lei e no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, estão excluídos da cobertura do plano, os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços, ou procedimentos **NÃO** previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, os que **NÃO** preencham os requisitos previstos nas **Diretrizes de Utilização** e os provenientes de:

5.1.1 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, I):

5.1.1.1 Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados / não regularizados no país;

5.1.1.2 É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina ou pelo Conselho Federal de Odontologia; ou

5.1.1.3 Não possui as indicações descritas na bula / manual registrado na ANVISA (uso *off-label*), exceto quando:

5.1.1.3.1 A CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

- 5.1.1.3.2 A ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.
- 5.1.2 Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual, antes do cumprimento dos Prazos de Carência e Cobertura Parcial Temporária ou prestados em desacordo com o estabelecido neste regulamento;
- 5.1.3 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, II);
- 5.1.4 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 de ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, III);
- 5.1.5 Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em *spas*, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, IV);
- 5.1.6 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, V);
- 5.1.7 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, VI);
- 5.1.8 Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, VII).
- 5.1.8.1 A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e

atualizada periodicamente no sítio institucional da **ANS** na internet (<http://www.ans.gov.br>), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, §4º).

- 5.1.9 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, VIII);
- 5.1.10 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, IX);
- 5.1.11 Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar (RN/ANS nº 428/2017, art. 20, X);
- 5.1.12 A realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais (RN/ANS nº 428/2017, art. 15, §2º);
- 5.1.13 Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - 5.1.13.1 Acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos, idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente; e
 - 5.1.13.2 Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato.
- 5.1.14 Cirurgias para mudança de sexo;
- 5.1.15 Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste regulamento;
- 5.1.16 Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência do plano de saúde, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não credenciadas à operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, em que não for possível a utilização da rede própria ou credenciada da operadora, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste regulamento;

- 5.1.17 Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, bem como serviços de assistência domiciliar e *Home Care*;
- 5.1.18 Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 5.1.19 Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto as listadas neste regulamento;
- 5.1.20 Aplicação e fornecimento de vacinas;
- 5.1.21 Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 5.1.22 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 5.1.23 Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar;
- 5.1.24 Transplantes, exceto os previstos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**;
- 5.1.25 Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- 5.1.26 Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- 5.1.27 Internação domiciliar e assistência domiciliar, inclusive *Home Care*;
- 5.1.28 Procedimentos não relacionados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento** e/ou que não atendam aos requisitos previstos nas diretrizes de utilização; e
- 5.1.29 Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

CAPÍTULO VI DA DURAÇÃO DO CONTRATO

- 6.1 Este convênio é celebrado pelo prazo de 12 (doze) meses, com vigência a partir da sua assinatura.

6.2 Este convênio será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante prévia notificação, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (RN nº 195/09, art. 17).

6.3 A data de início da vigência deste regulamento é a data da sua assinatura, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei nº 9.656/1998.

CAPÍTULO VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 Os serviços previstos neste regulamento serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente incluídos, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente o inciso V, do art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e Resolução nº 14/1998 do CONSU, após o cumprimento dos seguintes prazos de Carência:

Procedimentos	Carências
Urgência e Emergência	24 horas
Consultar Médicas	30 dias
Exames de Patologia Clínica	30 dias
Outros Exames	90 dias
Quimioterapia e Radioterapia	180 dias
Diálise e Hemodiálise	180 dias
Pequenas Cirurgias e atendimentos Ambulatoriais	180 dias
Tratamento Fisioterápico	90 dias
Tratamento Psiquiátrico	180 dias
Internação Clínica	180 dias
Internação Cirúrgica	180 dias
Partos a Termo	300 dias

7.2 Não será exigido o cumprimento de prazos de carência, **DESDE QUE O BENEFICIÁRIO FORMALIZE O PEDIDO DE INGRESSO EM ATÉ TRINTA DIAS DA CELEBRAÇÃO DESTE CONVÊNIO** (RN/ANS nº 195/09, art. 11);

7.3 **A CADA ANIVERSÁRIO DA CELEBRAÇÃO CONVÊNIO** será permitida a adesão de novos **BENEFICIÁRIOS** sem o cumprimento de prazos de carência, **desde que:**

- I – o **BENEFICIÁRIO** tenha se vinculado às pessoas jurídicas conveniadas e à **COMSEDER**, após a assinatura deste convênio;
- II – a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

7.4 A solicitação de ingresso de novos **BENEFICIÁRIOS** dependerá da apresentação de documento que comprove a sua vinculação à pessoa jurídica **CONVENIADA**.

7.5 A CONTAGEM DO PERÍODO DE CARÊNCIA PARA CADA BENEFICIÁRIO, INICIAR-SE-Á A PARTIR DA DATA DO SEU INGRESSO NO PLANO.

7.6 As carências explicitadas nesta Cláusula serão contadas a partir da data da assinatura deste convênio.

7.6.1 A contagem do período de carência para cada **BENEFICIÁRIO**, iniciar-se-á a partir da data do seu ingresso no plano

7.7 No caso de mudança, **SEM INTERRUÇÃO DAS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS**, será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656/1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, ou acesso a melhor padrão de acomodação ou, ainda, quando for ampliada a área de abrangência geográfica do plano de saúde.

7.8 Os direitos adquiridos no plano anterior, através das carências já cumpridas, e dentro de seus limites, poderão ser aproveitados durante a vigência das carências do novo Plano, desde que não haja solução de continuidade na prestação dos serviços.

CAPÍTULO VIII

DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTE

8.1 DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES são aquelas que o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

8.2 No caso de doenças ou lesões preexistentes, os serviços contratados serão prestados após o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT - por um período ininterrupto

de 24 (vinte e quatro) meses a partir da contratação do plano. Durante a CPT, haverá a suspensão de cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal (RN nº 162/2007).

8.3 O **BENEFICIÁRIO** deverá informar à **COMSEDER**, por meio da Declaração de Saúde, 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 rescisão unilateral do Contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

8.4 Para informar doenças e lesões preexistentes, o **BENEFICIÁRIO** preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO** e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

8.5 O **BENEFICIÁRIO** tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante Entrevista Qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela **COMSEDER**, sem qualquer ônus para o **BENEFICIÁRIO**.

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

8.7 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.

8.8 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 **COMSEDER**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

8.9 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 **COMSEDER** oferecerá a Cobertura Parcial Temporária. Caso a

COMSEDER não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

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

8.11 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a **COMSEDER** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade (PAC) e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal.

8.12 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, disponível no sítio eletrônico www.ans.gov.br.

8.13 É vedada à **COMSEDER** a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

8.14 Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação do plano de saúde.

8.15 Identificado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **COMSEDER** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao **BENEFICIÁRIO** através de **Termo de Comunicação ao Beneficiário** e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à **ANS**, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do **BENEFICIÁRIO** à Cobertura Parcial Temporária.

8.16 Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **COMSEDER** caberá o ônus da prova.

- 8.17** A **COMSEDER** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** sobre sua condição quanto à doença e lesão preexistente.
- 8.18** A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 8.19** Se solicitado pela **ANS**, o **BENEFICIÁRIO** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 8.20** Após julgamento, e acolhida a alegação da **COMSEDER**, pela **ANS**, o **BENEFICIÁRIO** passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **COMSEDER**, bem como será excluído do plano.
- 8.21** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do Contrato até a publicação, pela **ANS**, do encerramento do processo administrativo.

CAPÍTULO IX

DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 É obrigatória por parte da **COMSEDER** a cobertura do atendimento nos casos de:

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

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

9.2 A **COMSEDER** garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

9.3 DURANTE O CUMPRIMENTO DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA PARA INTERNAÇÃO (180 DIAS), A COBERTURA, NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SERÁ LIMITADA A 12 (DOZE) HORAS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU, A QUALQUER TEMPO, CASO SURJA A NECESSIDADE E INTERNAÇÃO (Resolução CONSU/ANS nº 13/1998):

9.4 DURANTE O CUMPRIMENTO DE PRAZO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, A GARANTIA DE ATENDIMENTO QUE RESULTE NA NECESSIDADE DE EVENTOS CIRÚRGICOS, LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE RELACIONADOS ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (ARTIGO 6º DA RESOLUÇÃO CONSU 13/1998), SERÁ LIMITADA ÀS PRIMEIRAS DOZE HORAS, OU ATÉ QUE OCORRA A NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO.

9.5 Após cumpridos os períodos da cobertura parcial temporária, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução CONSU nº 13/1998).

9.6 A beneficiária terá garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência de 300 (trezentos) dias (Súmula Normativa RN/ANS nº 25/2012).

9.7 No que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionado a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades (Súmula Normativa / ANS nº 25/2012):

9.7.1 Caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência de 180 dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida;

9.7.2 Caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência de 180 dias:

I - deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas.

II - persistindo a necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará.

III - uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará a cargo da **COMSEDER**.

IV - em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

9.8 contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai **NÃO** garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, mas não tenha cumprido as carências para parto.

DA REMOÇÃO

9.9 Será garantida a remoção do **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)**, que já tiver cumprido o período de carência, para outra unidade de atendimento, nas seguintes hipóteses (RN/ANS nº 347/2014):

I – de hospital ou serviço de pronto atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde – SUS, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital referenciado, credenciado, e da rede própria da **COMSEDER**, vinculados a este regulamento.

II – de hospital ou serviço de pronto atendimento privado não referenciado, não credenciado a este regulamento e não pertencente à rede própria da **COMSEDER**, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital referenciado, credenciado e da rede própria da **COMSEDER**, vinculados a este regulamento.

III - de hospital ou serviço de pronto atendimento referenciado, credenciado, e da rede própria da **COMSEDER**, vinculados a este plano, localizado dentro da área de atuação deste plano, para hospital referenciado, credenciado e da rede própria da **COMSEDER**, vinculados a este plano, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.

IV - de hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não referenciado, não credenciado a este plano de saúde, e não pertencente à rede própria da **COMSEDER**, localizado fora da área de atuação deste contrato, para hospital referenciado, credenciado, e da rede própria da **COMSEDER**, vinculados a este regulamento, apto a realizar o devido atendimento, apenas nos caso em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação deste regulamento na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa – RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

9.10 A remoção do **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio **BENEFICIÁRIO** ou seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

9.11 **A REMOÇÃO DE BENEFICIÁRIOS QUE JÁ TENHAM CUMPRIDO O PERÍODO DE CARÊNCIA NÃO SERÁ OBRIGATÓRIA NAS SEGUINTE HIPÓTESES:**

I – DE LOCAL PÚBLICO OU PRIVADO QUE NÃO SEJA UMA UNIDADE HOSPITALAR OU SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO, RESSALVADAS HIPÓTESES DE

INDISPONIBILIDADE E INEXISTÊNCIA DE PRESTADORES PREVISOTS NOS ARTS. 4º, 5º E 6º, DA RN Nº 259, DE 2011; OU

II - DE HOSPITAL OU SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO, REFERENCIADO, CREDENCIADO, E DA REDE PRÓPRIA DA COMSEDER, VINCULADOS A ESTE PLANO, LOCALIZADO DENTRO DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE, PARA HOSPITAL PRIVADO NÃO REFERENCIADO, NÃO CREDENCIADO A ESTE REGULAMENTO, E NÃO PERTENCENTE À REDE PRÓPRIA DA COMSEDER.

9.12 Para os casos em que o **BENEFICIÁRIO (TITULAR OU DEPENDENTE)** ainda estejam cumprindo prazos de carência, a sua remoção será garantida pela **COMSEDER PARA UMA UNIDADE DO SUS QUE DISPONHA DE RECURSOS NECESSÁRIOS PARA GARANTIR A CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando após atingir o limite de 12 (doze) horas de atendimento, surgir a necessidade de internação.

9.12.1 No caso previsto no item anterior, quando não possa haver remoção por risco de vida, o **BENEFICIÁRIO (CLIENTE)** e o **PRESTADOR (HOSPITAL)** deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **COMSEDER**, desse ônus.

9.12.2 Na remoção, a **COMSEDER** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade **SUS**.

9.12.3 **Quando o BENEFICIÁRIO ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida nesta cláusula, a COMSEDER estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

DO REEMBOLSO

9.13 Será garantido ao **BENEFICIÁRIO** o reembolso das **despesas decorrentes dos atendimentos de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OCORRIDOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA COBERTURA CONTRATUAL SEMPRE QUE NÃO FOR POSSÍVEL A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE PRESTADORES DA REDE ASSISTENCIAL DESTES PLANOS** (Lei nº 9.656/98, art. 12, VI);

9.14 O **BENEFICIÁRIO** terá o prazo de 01 (um) ano a partir do atendimento para solicitar o reembolso, devendo para tanto preencher o formulário específico e apresentar à **COMSEDER** os documentos constantes do Anexo II deste Regulamento.

9.15 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa, e seu valor será equivalente ao valor praticado pela **COMSEDER** junto à rede assistencial do presente plano (artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998).

9.16 A **COMSEDER** disponibilizará em seu sítio eletrônico formulário e informações necessários para solicitação de reembolso.

CAPÍTULO X

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 Somente terão direito aos serviços ora contratados, os **BENEFICIÁRIOS (TITULAR e DEPENDENTES)** regularmente inscritos nos termos deste regulamento.

10.2 Os serviços ora contratados serão prestados, observando-se os prazos de atendimento previstos na RN/ANS nº 259/11.

10.2.1 Em conformidade com o que dispõe a RN/ANS nº 259/11, para fins de cumprimento dos prazos de atendimento, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

10.3 A **COMSEDER** disponibilizará no seu sítio eletrônico, o guia médico, informando a relação dos seus prestadores de serviços, médicos, laboratórios, hospitais e clínicas, com os respectivos endereços.

10.4 Para utilização dos serviços médico-hospitalares cobertos pelo presente regulamento deverão ser observadas as regras de atendimento a seguir descritas:

a) **CONSULTAS MÉDICAS**: deverão ser realizadas nos consultórios médicos credenciados, cabendo ao **BENEFICIÁRIO** fazer a marcação de horário, por telefone ou pessoalmente, com antecedência (exceto em caso de urgência ou de emergência), mediante apresentação dos seguintes documentos:

- cédula de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO**;
- carteira de identificação do **BENEFICIÁRIO**, fornecida pela **COMSEDER**.

b) **EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO E DEMAIS COBERTURAS PREVISTAS NESTE REGULAMENTO:** o **BENEFICIÁRIO** será atendido na **REDE PRÓPRIA** ou, na impossibilidade, nos locais indicados na rede credenciada, mediante apresentação dos seguintes documentos (à exceção dos casos de urgência e emergência, quando os documentos poderão ser apresentados no prazo de dois dias úteis):

- cédula de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO**;
- carteira de identificação do **BENEFICIÁRIO**, fornecida pela **COMSEDER**;
- guia de autorização fornecida pela Central de Atendimento, instruída com requisição do médico assistente ou cirurgião-dentista.

c) **INTERNAÇÕES ELETIVAS:** o **BENEFICIÁRIO** será atendido em **HOSPITAIS ESPECÍFICOS CREDENCIADOS** e listados no **GUIA MÉDICO**, disponível no sítio eletrônico da **COMSEDER**. O **BENEFICIÁRIO** ou o seu representante legal deverá apresentar os seguintes documentos:

- carteira de identidade ou documento oficial similar do **BENEFICIÁRIO**;
- carteira de identificação de **BENEFICIÁRIO**, fornecida pela **COMSEDER**, em vigor;
- guia de autorização fornecida pela Central de Atendimento, instruída com requisição do médico assistente ou cirurgião-dentista, bem como as razões que justifiquem o diagnóstico, tratamento proposto e a data provável em que ela deva se realizar.

a) **INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA:** o **BENEFICIÁRIO** será internado independentemente da apresentação dos documentos e da guia de autorização, devendo apresentá-los, posteriormente, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis. Decorrido este prazo, sem o cumprimento da obrigação, a **COMSEDER** se reserva o direito de não custear os serviços realizados, que ficarão a cargo exclusivo do **BENEFICIÁRIO**.

10.5A **COMSEDER** poderá, ao seu critério, determinar a realização de auditorias médicas antes, durante e após a autorização dos procedimentos previstos neste regulamento, com a finalidade de monitorizar o estado clínico do paciente, verificando a procedências, as justificativas para os procedimentos, exames e internações, gerenciando a internação, quando for o caso, e auxiliando na liberação de procedimentos, órteses, próteses, materiais e medicamentos especializados.

10.5.1 A **COMSEDER** poderá, a seu critério, utilizar sistema biométrico *on line* para autorização de todos os serviços contratados.

- 10.5.2 A biometria *on-line* consiste na utilização de mecanismo de identificação de características únicas de um ser vivo para autorização de procedimentos médicos, ambulatoriais, hospitalares e cirúrgicos.
- 10.6A **COMSEDER** poderá, ao seu critério, determinar a realização de auditorias médicas antes, durante e após a autorização dos procedimentos previstos neste regulamento, com a finalidade de monitorizar o estado clínico do paciente, verificando a procedências, as justificativas para os procedimentos, exames e internações, gerenciando a internação, quando for o caso, e auxiliando na liberação de procedimentos, órteses, próteses, materiais e medicamentos especializados.
- 10.6.1 Nas análises técnicas realizadas por auditores da **COMSEDER** será verificado se o procedimento solicitado é compatível com a patologia diagnosticada, bem como se há evidências científicas que embasem a sua solicitação, se o procedimento é ético, experimental, e, quando necessário serão solicitadas esclarecimentos ao médico assistente.
- 10.6.2 A auditoria da **COMSEDER** poderá atuar junto aos profissionais da assistência, a fim de monitorizar o estado clínico do paciente internado, verificando a procedência, as justificativas de internação, procedimentos, materiais, medicamentos e qualidade da assistência prestada, sempre buscando a implementação da medicina baseada em evidências na prática médica local.
- 10.7 A COMSEDER NÃO SE RESPONSABILIZARÁ PELO PAGAMENTO DE QUAISQUER SERVIÇOS EVENTUALMENTE UTILIZADOS DE MANEIRA DIVERSA DO ACORDADO OU DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NESTE REGULAMENTO E/OU NÃO CONSTANTES DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS.**
- 10.8 NÃO SERÃO AUTORIZADAS AS INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS NÃO CREDENCIADOS, EM ESPECIAL OS QUE ATENDAM EXCLUSIVAMENTE COM TABELAS PRÓPRIAS / ALTO CUSTO, CUJOS VALORES ULTRAPASSEM OS PRATICADOS PELA COMSEDER COM OS DEMAIS PRESTADORES.**
- 10.9A **COMSEDER** reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

- 10.9.1 É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro 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 (Lei nº 9.656/98, art. 17, §1º).
- 10.10 Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **COMSEDER** 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 **COMSEDER** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantido a continuação da assistência.
- 10.11 No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.
- 10.12 **OS SERVIÇOS ORA CONTRATADOS SÃO PRESTADOS EXCLUSIVAMENTE PELOS PROFISSIONAIS E ENTIDADES CONSTANTES NA RELAÇÃO DIVULGADA NO GUIA MÉDICO DA COMSEDER.**
- 10.13 As guias de serviços autorizadas pela **COMSEDER** terão prazo de validade de 30 (trinta) dias, podendo este prazo ser prorrogado a critério da **COMSEDER**.
- 10.14 Este convênio de plano de saúde **NÃO PERMITE ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.**
- 10.15 Sempre que houver divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto por este regulamento, incluindo a indicação de OPME, a **COMSEDER** poderá realizar junta médica ou odontológica, nos termos da legislação e regulamentação vigente (RN/ANS nº 424/2017).

CAPÍTULO XI

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 11.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial do plano de saúde é preestabelecido (item 11 do Anexo II da RN/ANS nº 100/2005).
- 11.2 A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será do **BENEFICIÁRIO.**

- 11.3 Havendo o inadimplemento do pagamento da mensalidade por parte do **BENEFICIÁRIO** poderá haver a sua suspensão ou exclusão do plano, desde que a **COMSEDER** comprovadamente notifique o beneficiário inadimplente.
- 11.2 O pagamento da mensalidade deverá ser feito até o dia **05 de cada mês**, ou no primeiro dia útil subsequente, quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não houver expediente bancário.
- 11.3 O pagamento da mensalidade do plano de saúde garante a assistência médico-hospitalar, nos termos definidos neste regulamento, no período compreendido entre a data do vencimento da mensalidade e os 30 (trinta) dias subsequentes.
- 11.4 Se o **BENEFICIÁRIO** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **COMSEDER**, para que não se sujeite à consequência da mora, pois o não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o **BENEFICIÁRIO** de efetuar o seu pagamento no prazo e vencimento mensal.
- 11.5 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso (0,033% ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.
- 11.6 O recebimento pela **COMSEDER** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.
- 11.7 O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.
- 11.8 O **BENEFICIÁRIO** reconhece que o valor das mensalidades vencidas constitui dívida líquida, certa e exigível, caracterizando título extrajudicial, podendo a **COMSEDER** proceder a sua cobrança por execução judicial, nos termos do art. 585, II do CPC, sem prejuízo das demais sanções previstas neste regulamento.
- 11.8.1 O não pagamento da mensalidade na data do seu vencimento poderá acarretar, a critério da **COMSEDER**, na inclusão do **BENEFICIÁRIO** nos órgãos de proteção ao crédito.
- 11.9 O **BENEFICIÁRIO** obriga-se a pagar à **COMSEDER** por **BENEFICIÁRIO** regularmente inscrito no plano, os valores abaixo relacionados:

Tabela de Preço do Plano de Saúde:

FAIXA ETÁRIA	VALOR
00 a 18 ANOS	R\$
19 a 23 ANOS	R\$
24 a 28 ANOS	R\$
29 a 33 ANOS	R\$
34 a 38 ANOS	R\$
39 a 43 ANOS	R\$
44 a 48 ANOS	R\$
49 a 53 ANOS	R\$
54 a 58 ANOS	R\$
≥ 59 ANOS	R\$

11.10 **Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21 da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).**

11.11 **A disposição acima não se aplica às variações do valor da contraprestação em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998 (artigo 22 da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).**

CAPÍTULO XII
REAJUSTE

12.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preço para novas adesões estabelecidos pela COMSEDER deverão ser fixados em moeda corrente do País e serão reajustados automática e anualmente, de conformidade com o último índice autorizado pela ANS para reajuste dos planos individuais / familiares ou com base em outro índice de reajuste definido em Assembleia Geral da COMSEDER.

12.2 Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do convênio (RN nº 195/09, art. 109).

12.3 **Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do convênio, este será reavaliado.**

12.3.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade do convênio ultrapassar o índice de **75% (setenta e cinco por cento)**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 03 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura deste convênio.

12.3.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = \left[\left(\frac{S}{Sm} \right) - 1 \right] \times 100$$

Onde:

S → Sinistralidade apurada no período (mínimo de 12 meses)

Sm → Meta de sinistralidade expressa em Contrato.

12.4 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade previsto neste regulamento, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar e cumulativa, na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.5 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido nesta cláusula será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.6 Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente convênio, entendendo-se esta como data base única.

12.7 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (artigo 20 da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

12.8 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 (artigo 19, da RN/ANS nº 195/2009, alterada pela RN/ANS nº 200/2009).

12.9 Os reajustes aplicados a este contrato serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor, ficando as partes, desde já cientificadas que os contratos coletivos contratados na forma da presente não

estão sujeitos aos índices de reajuste fixados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para planos individuais.

**Agrupamento de Contratos² Coletivos para Cálculo do Percentual de Reajuste
– RN /ANS nº 309/12 -**

- 12.10 Acaso este regulamento venha a possuir menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS**, o cálculo do percentual de reajuste será feito em conformidade com o que dispõe a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que estabelece a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) **BENEFICIÁRIOS** para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento (art. 1º RN/ANS nº 309/2012).
- 12.11 A quantidade de **BENEFICIÁRIOS**, incluindo **TITULARES** e **DEPENDENTES**, será apurada na data da assinatura deste contrato. As datas seguintes serão apuradas anualmente no mês de aniversário do contrato (art. 6º RN/ANS nº 309/2012).
- 12.12 Este contrato será considerado agregado ao agrupamento se possuir quantidade de **BENEFICIÁRIOS** igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários na data prevista no item 11.9.1, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de **BENEFICIÁRIOS** (art. 6º §2º RN/ANS nº 309/2012)
- 12.13 Caso a quantidade de **BENEFICIÁRIOS** deste contrato seja superior a 29 (vinte e nove), na data prevista no item 11.9.11, esse contrato ficará desagregado do agrupamento (art. 6º §3º RN/ANS nº 309/2012)
- 12.14 A quantidade de **BENEFICIÁRIOS** do contrato levará em conta todos os planos a ele vinculados.
- 12.15 O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contrato será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo de reajuste (art. 7º RN/ANS nº 309/2012).

² Medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles (RN/ANS nº 309/12, art. 2º, I)

- 12.16 O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos será único, sendo vedado qualquer tipo de variação.
- 12.17 Caso o contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento (quantidade de **BENEFICIÁRIOS** igual ou superior a 30 beneficiários, na data de aniversário), será aplicado o reajuste e acordo com a cláusula 11 (item 11.1 a 11.8) deste contrato.
- 12.18 A **COMSEDER** divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manterá em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificará os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.
- 12.19 Para aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS.

-Metodologia de Cálculo do Percentual de Reajuste -

- 12.20 O Percentual de Reajuste do Agrupamento de Contratos será definido por:

$$R = (1 + RT\%) \times (1 + RF\%) - 1$$

Onde:

R = Percentual de Reajuste

RT % = Reajuste Técnico Percentual

RF % = Reajuste Financeiro Percentual

12.21 Reajuste Técnico:

O reajuste técnico tem como objetivo manter o equilíbrio da carteira, e corrige a sinistralidade observada para o grupo em relação à sinistralidade requerida pela **COMSEDER**, que é de **75% (setenta e cinco por cento)**, para efeitos de agrupamento de contratos.

$$RT = \text{máximo} \left(\frac{SiA}{SiR}; 1 \right)$$

Onde:

SiA = Sinistralidade observada do agrupamento de contratos;

SiR = Sinistralidade requerida = 0,75

A sinistralidade observada do agrupamento de contratos será calculada da seguinte forma:

$$SiA = \frac{\sum Sini_c * p^{-1}}{\sum Rec_c}$$

Onde:

c = Índice do contrato pertente ao agrupamento

$Sini_c$ = Despesas Assistenciais do contrato c no período de apuração

Rec_c = Receitas (contraprestações mensais) do contrato c no período de apuração

p = ajuste de Peona

O ajuste de Peona (p) tem por objetivo considerar os sinistros que já ocorreram mais que ainda não foram avisados para a **COMSEDER**. Ele será definido da seguinte forma:

$$p = \frac{\text{Sinistro Avisado}}{\text{Sinistro Avisado} + \text{Peona}}$$

Onde:

Sinistro Avisado = Total de sinistro avisado da **COMSEDER** no período de análise

Peona = Saldo da Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados no último mês do período de análise.

12.22 Reajuste Financeiro:

O reajuste financeiro corresponderá à aplicação do último índice divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os planos individuais ou familiares.

CAPÍTULO XIII **FAIXAS ETÁRIAS**

13.1 As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada **BENEFICIÁRIO** inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos **BENEFICIÁRIOS** que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do **BENEFICIÁRIO**.

FAIXAS ETÁRIAS	
00 a 18 anos	39 a 43 anos
19 a 23 anos	44 a 48 anos

24 a 28 anos	49 a 53 anos
29 a 33 anos	54 a 58 anos
34 a 38 anos	≥ a 59 anos

13.2 A variação por faixa etária para os fins deste contrato serão (RN/ANS nº 63/03):

ALTERAÇÃO DA IDADE	AUMENTOS
de 18 para 19 anos	+ 19,230%
de 23 para 24 anos	+ 16,129%
de 28 para 29 anos	+ 19,441%
de 33 para 34 anos	+ 11,630%
de 38 para 39 anos	+ 16,670%
de 43 para 44 anos	+ 17,860%
de 48 para 49 anos	+ 24,241%
de 53 para 54 anos	+ 36,589%
de 58 para 59 anos	+ 26,790%

13.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais acima indicados e, incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

13.4 Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária (RN nº 63/03, art. 3º, I);

13.5 A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas (RN nº 63/03, art. 3º, II).

13.6 Os **BENEFICIÁRIOS** com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste regulamento.

13.7 A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o **BENEFICIÁRIO** contemplar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

CAPÍTULO XIV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 A perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO** poderá ocorrer, nas seguintes situações:

14.2 DA PERDA DA QUALIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) Por rescisão do presente convênio;
- b) Pela perda do vínculo com a pessoa jurídica **CONVENIADA**;
- c) Pela perda do vínculo de cooperação com a **COMSEDER**.
- d) Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO TITULAR**, apurada de acordo com a legislação vigente.

14.3 DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:

- a. Pela perda da condição de dependência neste regulamento (condições de admissão);
- b. A pedido do **BENEFICIÁRIO TITULAR**;
- c. Pelo término do vínculo do **BENEFICIÁRIO TITULAR** com a pessoa jurídica **CONVENIADA** ou com a **COMSEDER**;
- d. Por fraude praticada pelo **BENEFICIÁRIO DEPENDENTE**, apurada de acordo com a legislação vigente.

14.4 Caberá, tão-somente, à pessoa jurídica conveniada solicitar a suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS**, podendo a **COMSEDER** excluir ou suspender a assistência à saúde dos **BENEFICIÁRIOS**, **sem a anuência da pessoa jurídica conveniada**, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude; ou
- b) **por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica conveniada ou com a COMSEDER, ou de dependência**, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

14.5 O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente do plano de saúde (art. 11 da RN/ANS nº 412/2016) diretamente à **COMSEDER**.

14.6 A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

14.6.1 É de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da **COMSEDER**, ficando o **BENEFICIÁRIO**

responsável pelo pagamento integral de toda e qualquer utilização dos serviços médico-hospitalares até a efetiva devolução das carteiras de identificação.

CAPÍTULO XV RESCISÃO / SUSPENSÃO

15.1 O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão do contrato, a critério da **COMSEDER**.

15.2 O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) **BENEFICIÁRIO**;
- c) por inadimplemento contratual;
- d) **IMOTIVADAMENTE, APÓS 12 MESES DE VIGÊNCIA DO CONVÊNIO E MEDIANTE PRÉVIA NOTIFICAÇÃO DA OUTRA PARTE COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 60 (SESSENTA) DIAS.**

15.3 **CASO A RESCISÃO OCORRA EM PRAZO INFERIOR AO DA VIGÊNCIA DO PRESENTE CONTRATO (12 MESES), A PESSOA JURÍDICA CONVENIADA ESTARÁ SUJEITA À MULTA RESCISÓRIA NO VALOR DE 10% (DEZ POR CENTO) INCIDENTES SOBRE AS MENSALIDADES RESTANTES PARA COMPLETAR O PERÍODO DE 12 MESES.**

CAPÍTULO XVI DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Integram este convênio para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, o Manual para contratação de Plano de Saúde, o Guia de Leitura Contratual o Cartão de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário.

16.2 Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o **BENEFICIÁRIO** deverá comunicar, o fato à **COMSEDER**, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor pré-fixado de R\$, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido pela **COMSEDER**.

- 16.3 O valor devido para emissão de nova carteira será reajustado anualmente de acordo com o índice divulgado pela ANS para reajuste das mensalidades dos planos individuais / familiares.
- 16.4 A indevida utilização dos serviços será de responsabilidade exclusiva do **BENEFICIÁRIO**, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.
- 16.5 O empréstimo da carteira/cartão de identificação do **BENEFICIÁRIO** o tornará responsável pela prática de crime de estelionato, capitulado no Artigo 171 do Código Penal Brasileiro.
- 16.6 Nos casos de perda, roubo ou extravio da carteira/cartão de identificação do **BENEFICIÁRIO**, a responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** cessará a partir da apresentação do Boletim de Ocorrência Policial à **COMSEDER**.
- 16.7 O pagamento das despesas médico-hospitalares realizadas em desacordo com este convênio e fora da cobertura e dos limites previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS será de responsabilidade única e exclusiva do **BENEFICIÁRIO**, ainda que o ato tenha sido autorizado por meio de ação judicial, ficando estabelecido que os comprovantes das despesas decorrentes deste fato constituem dívida líquida certa e exigível caracterizando título extrajudicial, capaz de autorizar o protesto e a execução judicial.
- 16.8 As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à **COMSEDER** ao Departamento de Atendimento ao Cliente, e em segunda instância, à Ouvidoria.
- 16.9 As cláusulas deste convênio podem ser alteradas por legislação advinda da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CAPÍTULO XVII

ELEIÇÃO DE FORO

17.1 Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio de **JOÃO PESSOA - PB** para dirimir toda e qualquer demanda deste convênio, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXO I
DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO NO PLANO DE SAÚDE

TITULARES	DOCUMENTOS
Empregado ativo da SUPLAN e do DER, inativo, incluído na folha de pagamento do estado ou PBPREV.	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF;
Ex-empregado ativo da SUPLAN e do DER e inativos	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia da Portaria de exoneração do servidor regido pela Lei 8.112/90 ou cópia da rescisão do contrato de trabalho do empregado regido pela CLT; • Comprovante de comunicação inequívoca emitida pela patrocinadora/conveniada
Empregado ativo da SUPLAN e do DER em licença sem vencimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia da Portaria que autoriza a licença sem vencimentos; • Comprovante de comunicação inequívoca emitida pela patrocinadora/conveniada
DEPENDENTES	DOCUMENTOS
Cônjuge	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento.
Companheiro(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Comprovação de União Estável.(**)
Companheiro(a) homoafetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão. • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF;] • Comprovação de União Estável; (**)
Pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável heteroafetiva ou homoafetiva reconhecida e dissolvida judicialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento com averbação da separação judicial ou divórcio onde conste a percepção de alimentos, ou documento(s) comprobatório(s) do reconhecimento e dissolução da união estável heteroafetiva ou homoafetiva, conforme o caso; • Documento comprobatório da percepção de pensão alimentícia;

Filhos(as) e Enteados(as)	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Carteira de Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos; • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento ou comprovação de união estável(Enteado/a)(**);
Filhos(as) e Enteados(as) Inválidos	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Carteira de Identidade; • Cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos; • Cópia do CPF; • Documento comprobatório da invalidez, emitido por perito oficial em saúde; • Cópia da Certidão de Casamento ou comprovação de união estável(Enteado/a)(**);
Menor sob Guarda ou Tutela	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento. • Cópia do CPF; • Termo de Guarda, definitivo ou provisório, Tutela, ou sentença judicial proferidas por Juiz competente, vinculando a Guarda/Tutela do menor ao Titular;
GRUPO FAMILIAR	DOCUMENTOS
Filho(a) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF.
Enteado(a) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão. • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o Titular (**).
Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Filho(a) do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo com o(a) Filho(a) do(a) Titular (**).
Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Enteado(a) do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o Titular (**); • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo com Enteado(a) do(a) Titular (**).
Neto(a) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão. • Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor 18 anos de idade; • Se for utilizado cópia da Identidade do(a) Neto(a)

	<p>do(a) Titular deverá ser apresentado também cópia da Identidade do(a) Filho(a) do(a) Titular, genitor(a) do(a) Neto(a);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia do CPF.
Enteado(a) do filho(a) do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão. • Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor 18 anos de idade; • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o(a) Filho(a) do(a) Titular(**); • Cópia da Identidade do(a) Filho(a) do(a) Titular.
Filho(a) do(a) Enteado(a) do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor 18 anos de idade; • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) genitor(a) do enteado(a) com o(a) Titular (**); • Cópia da Identidade do(a) Enteado(a) do(a) Titular.
Irmão(ã) do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade ou da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular; • Cópia do CPF.
Cunhado(a) do(a) Titular *	<p><u>Cônjuge ou Companheiro(a) do Irmão(ã) do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade ou da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Irmão(ã) do(a) Titular, devendo constar o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) cônjuge ou companheiro(a) com o(a) Irmão(ã) do(a) Titular (**); • Cópia do CPF. <p><u>Irmão(ã) do Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular(**); • Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular e do seu Irmão(ã), constando o nome de pelo menos um de seus genitores; • Cópia do CPF.
Sobrinho(a) do(a) Titular *	<p><u>Filho(a) do Irmão(ã) do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Irmão(ã) do(a) Titular constando o nome de pelo menos um dos genitores do(a) Titular; • Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Sobrinho(a) do(a) Titular; • Cópia do CPF;

	<p><u>Filho(a) do(a) Irmão(ã) do Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão ao plano; • Cópia da Identidade ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor de 18 anos de idade, do(a) Irmão(ã) do Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular; • Cópia do CPF; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular(**).
Pai do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome do seu genitor; • Cópia da Identidade do pai do(a) Titular; • Cópia do CPF;
Padrasto do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de sua genitora; • Cópia Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo da genitora com o Padrasto do(a) Titular; • Cópia da Identidade do Padrasto do(a) Titular; • Cópia do CPF;
Mãe do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome do sua genitora; • Cópia da Identidade da Mãe do(a) Titular; • Cópia do CPF;
Madrasta do(a) Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade do(a) Titular constando o nome de seu genitor; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do genitor com a Madrasta do(a) Titular (**); • Cópia da Identidade da Madrasta do(a) Titular; • Cópia do CPF;
Sogra e sogro do(a) Titular *	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade do(a) Sogra/Sogra; • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular. Se Companheiro(a) deverá ser apresentado cópia da Identidade deste(a) (**); • Cópia do CPF do(a) Sogra(a); • Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo com o(a) Pai ou a Mãe do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular, quando se tratar de Madrasta ou Padrasto do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular(**);
Tio e Tia do(a) Titular *	<p><u>Por consanguinidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) Titular: • Termo de Adesão; • Cópia da Identidade do Tio(a) do(a) Titular; • Cópia de documento do Pai ou da Mãe do(a) Titular, onde conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do Tio(a) do Titular;

	<ul style="list-style-type: none">• Cópia do CPF do Tio(a) do(a) Titular. <p><u>Por afinidade:</u></p> <p><u>1. Irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) Cônjuge/Companheiro(a) do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Termo de Adesão ou Solicitação de Retorno ao plano;• Cópia da Identidade do Tio(a) do(a) Cônjuge/Companheiro(a) do(a) Titular;• Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do(a) Titular (**);• Cópia de documento oficial do Pai ou da Mãe do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular, onde conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do(a) Tio(a) do Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular;• Cópia do CPF do Tio(a) do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular. <p><u>2. Cônjuge/Companheiro(a) do irmão(ã) do(a) pai ou da mãe do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Termo de Adesão;• Cópia da Identidade do(a) Cônjuge/Companheiro(a) do(a) Tio(a) do(a) Titular;• Cópia da Certidão de Casamento ou Comprovação de Companheirismo do Tio(a) do(a) Titular (**);• Cópia de documento oficial do Pai ou da Mãe do(a) Titular, onde conste seus genitores, devendo coincidir pelo menos um deles com os genitores do(a) Tio(a) do(a) Titular;• Cópia do CPF do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular.
<p>Bisneto(a) do(a) Titular *</p>	<p><u>Por consanguinidade:</u></p> <p><u>1. Filho(a) do(a) neto(a) do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Termo de Adesão;• Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente ou cópia da Certidão de Nascimento, se menor 18 anos de idade);• Cópia do CPF;• Se for utilizado cópia da Identidade do(a) Bisneto(a) do(a) Titular deverá ser apresentado também cópia da Identidade do(a) Neto(a) do(a) Titular, genitor(a) do(a) Bisneto(a);• Cópia da Identidade do(a) Filho(a) do(a) Titular, genitor(a) do Neto(a);• Cópia do CPF. <p><u>Por afinidade:</u></p> <p><u>1. filho(a) do(a) neto(a) do(a) Cônjuge/Companheiro(a) do(a) Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Termo de Adesão;• Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente);• Cópia do CPF;• Se for utilizado cópia da Identidade do(a) Bisneto(a)

	<p>do(a) Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular deverá ser apresentado também cópia da Identidade do(a) Neto(a) do(a) cônjuge/companheiro(a) do(a) Titular, genitor(a) do(a) Bisneto(a);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cópia da Identidade do(a) Filho(a) do(a) Cônjuge/Companheiro(a) do(a) Titular, genitor(a) do Neto(a); • Cópia do CPF.
Menor sob guarda ou tutela do(a) Titular *	<p><u>Vinculado ao Titular:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF; • Termo de Guarda, definitivo ou provisório, Tutela ou sentença judicial proferidas por Juiz competente, vinculando a Guarda/Tutela do menor ao Titular; <p><u>Vinculado ao Cônjuge ou Companheiro(a):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento; • Cópia do CPF; • Termo de Guarda, definitivo ou provisório, Tutela ou sentença judicial proferidas por Juiz competente, vinculando a Guarda/Tutela do Menor ao Cônjuge ou Companheiro(a) do(a) Titular.
PENSIONISTAS	DOCUMENTOS
Pensionistas *	<ul style="list-style-type: none"> • Termo de Adesão; • Cópia de documento de identificação (RG, Carteira de Habilitação, ou equivalente); • Cópia do CPF; • Cópia do último contracheque ou Declaração de Recebimento de Pensão emitida pela conveniada (se ainda não possuir o contracheque); • Cópia do último benefício recebido ou Declaração de Recebimento de Pensão emitida pela Previdência Social informando dados de identificação do instituidor da Pensão;

DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO

* Na inscrição de beneficiário integrante do grupo familiar, bem como do pensionista, deverão ser observadas as regras/requisitos dispostos no Convênio por Adesão, o qual o titular está vinculado, observados os normativos vigentes da ANS.

** Para efeito de comprovação de companheirismo e/ou união homoafetiva (existência de união estável) deverá consultar as legislação vigente para tal situação.

ANEXO II
REEMBOLSO

REEMBOLSO	BENEFICIÁRIOS INSCRITOS NOS PLANOS
CONSULTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo ou nota fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo profissional/entidade, com a discriminação do atendimento e a data de sua realização. • O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo); contendo a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador. • A nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo), devidamente liquidada; conter o CNPJ, data, assinatura. • Para os prestadores pessoa jurídica é obrigatória a emissão de nota fiscal (convencional ou eletrônica).
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SADT	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo ou nota fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação realização. • O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo); contendo a especialidade, o registro no respectivo Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do prestador. • A nota fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo), devidamente liquidada; conter o CNPJ, data e a assinatura. • O relatório do profissional assistente, com a justificativa da necessidade da realização do (s) procedimento (s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.
SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO COM DESPESAS HOSPITALARES	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo ou nota fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação do atendimento e a data de sua realização. • O recibo deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo); contendo a especialidade, o registro no respectivo Conselho

	<p>de Classe, CPF/CNPJ, carimbo e assinatura do prestador</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) deverá ser emitido em nome do beneficiário, seja ele dependente, titular ou agregado, ou do responsável pelo pagamento da despesa (desde que conste o nome do beneficiário no corpo do recibo), devidamente liquidada; conter o CNPJ, data e a assinatura. • O relatório do profissional assistente, com a justificativa da necessidade da realização do (s) procedimento (s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso. • Gastos (fatura) analíticos, com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados.
<p>SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) emitida pelo prestador de serviços, com a discriminação de atendimento e a data de sua realização. • Os recibos originais dos profissionais que atenderam o paciente, constando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura, ou nota fiscal (convencional ou eletrônica) quando os profissionais prestadores dos serviços estiverem cadastrados como pessoa jurídica. • Relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade de internação, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade da intervenção de outros profissionais. • Conta hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados. Em caso de implante (s) de órtese (s), prótese (s) ou material (s) especial (s) deve ser apresentada Nota Fiscal (convencional ou eletrônica) do material usado. • No caso de reembolso de componentes hemoterápicos, deverá ser apresentada a solicitação, em conjunto com a prescrição médica, bem como a checagem do uso com data, hora e assinatura. • Cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico, no caso de internação cirúrgica e ainda, prontuário do paciente quando ele o autorizar, para os esclarecimentos que se fizerem necessários.
<p>TRATAMENTOS SERIADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo ou nota fiscal (convencional ou eletrônica), emitida pelo prestador de serviços, com discriminação data de atendimento e realização, • O relatório do profissional assistente, com a justificativa da necessidade da realização do (s) procedimento (s), a hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso.