

**REGULAMENTO DO PLANO CLASSE APARTAMENTO SEM ODONTOLOGIA DA
CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE - CAURN**

Registro nº 457.643/08-8

Coletivo por Adesão

Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia

Acomodação Individual

Capítulo I

DA FINALIDADE E CARACTERÍSTICAS DO PLANO

Art. 1º - A Caixa Assistencial Universitária do Rio Grande do Norte, doravante denominada simplesmente CAURN, Operadora de Plano de Assistência à Saúde, sem fins econômicos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 31.425-1 e classificada como Autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 02.172.353/0001-02, com sede na Av. Senador Salgado Filho, nº 3.000, Campus da UFRN, Centro de Convivência, sala 20, Lagoa Nova, CEP 59.078-900 no município de Natal/RN, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento.

Parágrafo Único - Não há, em sua composição, a figura do mantenedor.

Art. 2º - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência médico-hospitalar com obstetrícia aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste Regulamento e 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 da ANS, vigentes à época do evento.

§1º - O instrumento contempla os requisitos legais necessários à oferta do denominado plano de referência básico dos servidores ativos e inativos, seus dependentes, agregados e pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112/1990 e da Portaria Normativa nº 01/2007, editada pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MPOG.

§2º - O presente instrumento trata-se de um regulamento de plano de assistência à saúde, que traça as diretrizes do plano, possuindo características de um instrumento de adesão.

Art. 3º - O Plano de Saúde previsto no Presente Regulamento caracteriza-se por ser do tipo Coletivo por Adesão, previsto na Resolução nº 14/98 do CONSU.

Parágrafo Único - O Plano de Saúde estabelecido no presente Regulamento é oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de Beneficiários e tem adesão apenas espontânea e opcional desses, com a opção de inclusão dos Dependentes previstos neste Regulamento.

Art. 4º - O Plano Privado de Assistência à Saúde é denominado **Plano ClasseA Apartamento sem Odontologia** e está registrado na ANS sob o nº **457.643/08-8**.

Art. 5º - O Plano de Saúde previsto no Presente Regulamento possui a segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, prevista nos incisos I, II, III, do art. 12 da Lei nº. 9.656/98.

Art. 6º - O Plano tratado neste Regulamento contempla os tipos de vínculo empregatício ativo e empregatício inativo, nos termos do item 12 do Anexo II da RN nº 100/2005, da ANS.

Capítulo II DAS DEFINIÇÕES

Art. 7º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I - ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;

II - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

III - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA : área de atuação do plano, definida em Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar as coberturas ofertadas;

IV - ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

V - CARÊNCIA: prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Regulamento, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas ofertadas;

VI - CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.ª revisão;

VII - COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento;

VIII - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;

IX - CO-PARTICIPAÇÃO: montante, estabelecido em Regulamento, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Beneficiário se obriga a pagar à Caurn;

X - EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente;

XI - EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO: (a) análises clínicas; (b) citopatologia; (c) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; (d) eletrocardiograma convencional; (e) eletroencefalograma convencional; (f) endoscopia diagnóstica; (g) exames radiológicos; (h) exames e testes alergológicos; (i) exames e testes oftalmológicos; (j) exames e testes otorrinolaringológicos; (l) teste ergométrico;

XII - HOSPITAL DIA: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

XIII - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;

XIV - PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;

XV - URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Capítulo III DAS CONDIÇÕES DE ADESÃO

Art. 8º - Poderão inscrever-se como Beneficiários Titulares do Plano de Saúde previsto no Presente Regulamento:

I - os ocupantes de cargo efetivo, cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público e de contrato temporário, na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados às PATROCINADORAS;

II - os servidores inativos das PATROCINADORAS.

Art. 9º - Poderão inscrever-se como Beneficiários Dependentes do Titular no Plano de Saúde previsto no Presente Regulamento:

I - o cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;

II - o companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a 2 (dois) anos;

III - a pessoa separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;

IV - os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

V - os filhos e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

VI - o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observados os limites de idade, dependência econômica e estado civil, dispostos neste Regulamento para a inscrição de filhos.

Parágrafo Único: A inscrição do cônjuge ou companheiro, nos termos descritos neste Regulamento, impede a inscrição, como Dependente, da pessoa separada judicialmente ou

divorciada com percepção de pensão alimentícia, ressalvados os casos em que a inclusão se der por força de decisão judicial.

Art. 10º - Poderão inscrever-se como Beneficiários Pensionistas do Titular no Plano de Saúde previsto no Presente Regulamento:

I - Pensionistas do Poder Executivo Civil Federal, vinculados às PATROCINADORAS.

Parágrafo Único: Os beneficiários de pensão poderão permanecer no Plano de que trata este Regulamento, na condição de Beneficiário, mediante opção a ser efetivada junto às PATROCINADORAS.

Art. 11 - Poderão inscrever-se como Beneficiários Agregados do Titular no Plano de Saúde previsto no Presente Regulamento:

I – neto;

II – filhos e enteados que perderem a condição de dependente;

III – ex-cônjuges ou ex-companheiros do Titular, por determinação judicial;

IV – nora ou genro.

Art. 12 - A inscrição e exclusão de qualquer Beneficiário no Plano será voluntária e se dará mediante preenchimento da Proposta de Adesão, no qual o Beneficiário Titular manifesta sua concordância com os termos deste Regulamento.

Parágrafo Único: Para a inclusão de Dependentes e Agregados, o Titular deverá assinar a respectiva Proposta de Adesão, apresentando, ainda, os documentos de identificação e documentação oficial que comprove o grau de parentesco, além de outros solicitados pela Caurm. Não será admitida, portanto, a inscrição de novos dependentes e agregados pelos pensionistas.

Art. 13 - O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor e que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde desde que o valor do custeio seja assumido pelo próprio servidor.

Art. 14 - Caberá às PATROCINADORAS encaminhar à CAURN as solicitações de inscrição dos Beneficiários, por meio de envio das Propostas de Adesão devidamente preenchidas, bem como remeter os pedidos de exclusão até o 5º dia útil de cada mês, obedecendo a cronograma do Sistema SIAPE, data considerada para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

Art. 15 - Caberá, ainda, às PATROCINADORAS a exibição de documentos que comprovem o vínculo do servidor e pensionista com ele próprio e a relação de parentesco/afinidade dos Dependentes e Agregados com o servidor quando solicitados pela Caurm.

§1º - O deferimento de inscrição de um(a) novo(a) cônjuge ou companheiro(a), como Dependente, só será permitido após o encerramento e conseqüente baixa da inscrição anterior do Dependente inscrito como cônjuge ou companheiro.

§ 2º - A inclusão de Dependente não terá caráter definitivo, reservando-se a Caurn o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da exatidão das informações prestadas, bem como de todas as declarações feitas.

Art. 16 - Caberá ainda ao Titular a solicitação de permanência do Dependente no Plano na condição de Agregado, conforme for o caso.

Art. 17 - A assinatura da Proposta de Adesão implica em concordância expressa do Beneficiário com os termos deste Regulamento e em autorização para cobrança das contribuições mensais, mediante desconto em folha, débito bancário, boletos ou outras formas, bem como de eventuais valores aprovados pela Assembléia Geral da Caurn e que se façam devidos pelos Beneficiários do Plano.

Art. 18 - Além dos beneficiários previstos no Presente Regulamento, será garantida a inscrição dos beneficiários agregados já incluídos em outros planos de saúde administrados pela Caurn, mesmo quando não elencados no rol de beneficiários deste plano, desde que a inclusão ocorra no momento da Assembléia Geral Extraordinária especialmente convocada para esse fim.

Capítulo IV **DAS HIPÓTESES DE EXCLUSÃO DOS USUÁRIOS**

Art. 19 - O Beneficiário Titular será excluído e perderá o direito de usufruir dos benefícios oferecidos pela CAURN, quando:

I - solicitar, a qualquer tempo, o cancelamento de sua inscrição, em requerimento específico;

II - falecer;

III - na inadimplência prevista neste instrumento;

IV - fraudar a Caurn, atuando por qualquer meio ou forma contra os seus interesses ou utilizando-se de processos dolosos.

§1º - A exclusão do servidor do plano se dará, ainda, pela ocorrência de evento ou ato que implique na suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporária; exoneração ou dispensa do cargo ou emprego; redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo plano; licença sem remuneração; decisão administrativa ou judicial e outras situações previstas em Lei.

§2º - No caso de licença sem remuneração ou afastamento legal, o servidor poderá optar por permanecer no plano, devendo assumir, integralmente, durante o período de licença, o respectivo custeio das despesas - contribuição mensal acrescida da parcela de responsabilidade da PATROCINADORA, observada a legislação aplicável. A opção pela permanência do licenciado deverá ser formalizada no prazo de 30 (trinta) dias contados de seu afastamento.

§3º - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o beneficiário de quitar eventuais débitos com a CAURN.

§4º - A exclusão do servidor implicará na exclusão de todos os seus Dependentes e Agregados.

§5º - Os Beneficiários excluídos do Plano de Saúde terão seus cartões de identificação recolhidos pelas PATROCINADORAS, que os devolverão à CAURN.

§6º - Ocorrendo a perda da condição de Beneficiário Titular, definitiva ou provisoriamente, e sendo o cônjuge ou o companheiro servidor da instituição, transferir-se-á automaticamente para ele a responsabilidade da inscrição dos demais Dependentes e Agregados, observadas as exigências e limitações regulamentares.

Art. 20 - Perderá a condição de Beneficiário Dependente:

- I - o cônjuge, nos casos de separação judicial, não havendo ordem judicial em contrário;
- II - o(a) companheiro(a) que deixar de conviver com o beneficiário;
- III - o Dependente que se casar, independente da idade;
- IV - o(a) inválido(a) que recupera sua condição física ou mental;
- V - o(a) filho(a) que completar 21 (vinte e um) anos de idade, exceto o inválido ou se estiver cursando estabelecimento de ensino superior regular;
- VI - o(a) filho(a) que completar 25 (vinte e cinco) anos de idade, exceto o(a) inválido(a).

Art. 21 - Determinam a exclusão do Agregado, sem direito à devolução de contribuições pagas, compensação ou indenização de qualquer natureza:

- I - o falecimento do Titular do Plano, à exceção dos casos previstos neste Regulamento;
- II - o desligamento definitivo do Titular da Instituição Federal de Ensino ou da entidade vinculada UFRN, sem manutenção de nenhum vínculo previdenciário;
- III - o ex-cônjuge ou ex-companheiro, por separação ou divórcio, que não tenham mais assegurado a obrigatoriedade judicial de cobertura assistencial de plano de saúde.

Art. 22 - Cabe ao Titular comunicar à CAURN, de imediato, qualquer alteração que implique em atualização de dados cadastrais próprios ou de Dependentes e Agregados por ele indicados, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de beneficiário.

Art. 23 - Será punido com a pena de exclusão o beneficiário que descumprir com os dispositivos do Estatuto da CAURN e/ou normas emanadas neste Regulamento, após julgamento da Diretoria Executiva e homologação do Conselho Diretor.

Parágrafo Único - Será assegurada ao beneficiário passível de penalidade, ampla defesa através de processo administrativo.

Art. 24 - O atraso no pagamento das contribuições individuais mensais, pelo segundo mês consecutivo ou por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no último ano de adesão ao Plano, determina a suspensão imediata do direito à cobertura assistencial, mediante notificação prévia,

que se dará no 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência. Será retomado este direito a partir da 0 (zero) hora do dia seguinte em que forem quitados os pagamentos em atraso sem que tal reativação dê ao beneficiário o direito à cobertura de eventos ocorridos durante o período em atraso.

Art. 25 - O atraso no pagamento de qualquer contribuição mensal, por 3 (três) meses consecutivos, implica na exclusão automática do Titular e respectivos Dependentes e Agregados, sendo seu retorno submetido à deliberação do Conselho Diretor da Caurn e às carências estabelecidas para novas adesões.

§ 1º - É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência da insuficiência de margem consignável do titular do benefício, dentro do prazo de 60 (sessenta) dias contados da constatação.

§ 2º - Durante o período de insuficiência da margem consignável, o beneficiário titular não se exime de quitar os débitos de sua responsabilidade.

Art. 26 - O Titular poderá desligar-se do Plano mediante declaração de vontade, apresentada por escrito, e devolução dos cartões de identificação de todo o grupo familiar, sem direito à devolução de contribuições pagas, parcelas de custeio, compensação ou indenização de qualquer natureza.

§ 1º - O desligamento voluntário de Dependente ou Agregado pode ser executado de maneira individual, sem implicações com o grupo familiar e desde que esteja de acordo com o disposto neste Regulamento.

§ 2º - O desligamento do Plano, por vontade do Titular, implica imediata quitação de todos os débitos existentes relativos ao grupo familiar.

Art. 27 - É prevista a possibilidade de reingresso do Titular e de seus Dependentes e Agregados que se desligaram do Plano, mediante análise e parecer dado pelo Conselho Diretor, desde que sejam cumpridos os prazos de carência previstos neste Regulamento.

Parágrafo Único - A readmissão só será efetivada se não existir qualquer pendência financeira do desligamento anterior.

Art. 28 - O cancelamento da adesão do Titular ou de seus Dependentes e Agregados só será efetuado após a devolução dos cartões de identificação e cheques-consulta fornecidos pela Caurn.

Capítulo V

DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO / EXONERADO E APOSENTADO

Art. 29 - Ao Beneficiário Titular que contribuir para o PLANO, em decorrência de vínculo mantido junto à PATROCINADORA, no caso de exoneração, licença sem vencimentos e

demissão, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com a PATROCINADORA, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal e acrescido do valor de responsabilidade da PATROCINADORA, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98.

§1º - O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de permanência no PLANO, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses).

§2º - A manutenção no PLANO é extensiva, obrigatoriamente, a todos os Beneficiários Dependentes e Dependentes Especiais, inscritos na vigência do vínculo com a PATROCINADORA.

§3º - Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes e Dependentes Especiais inscritos no PLANO, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Titular, conforme for o caso.

§4º - O direito de manutenção no PLANO deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo cargo público ou em novo emprego, incluindo as hipóteses de redistribuição ou deslocamento para outro órgão ou entidade com perda do vínculo originário. A comunicação do fato, à CAURN, será de responsabilidade do Beneficiário.

§5º - O direito de permanência no PLANO dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à CAURN, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo com a PATROCINADORA.

Art. 30 - Ao aposentado que contribuir para o PLANO, em decorrência de vínculo empregatício mantido junto à PATROCINADORA, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, por prazo indeterminado, desde que assuma o seu pagamento integral, quando não houver repasse pela patrocinadora.

§1º - A manutenção no PLANO é extensiva, obrigatoriamente, a todos os Beneficiários Dependentes e Dependentes Especiais, inscritos na vigência do vínculo com as PATROCINADORAS.

§2º - Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes e Dependentes Especiais inscritos no PLANO.

§3º - O direito de manutenção no PLANO continuará existindo ainda que o Beneficiário Titular seja admitido em novo emprego.

§4º - O direito de permanência no PLANO dependerá de requerimento formal do interessado dirigido à CAURN, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo com a PATROCINADORA.

Art. 31 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

Capítulo VI DA VIGÊNCIA

Art. 32 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado.

Art. 33 - A data de início de vigência da inscrição no Plano, para cada beneficiário, é a mesma em que foi entregue à CaurN a sua Proposta de Adesão ou o primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, sendo-lhe exigida uma vigência mínima de 12 (doze) meses de adesão do Titular ao plano.

Capítulo VII DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

Art. 34 - Os serviços serão prestados, pela CAURN, nos municípios de Natal, Caicó, Currais Novos, Mossoró, Parnamirim e Santa Cruz, sendo essa a área geográfica de abrangência do Plano de Saúde previsto no Presente Regulamento.

§1º - Nos termos da legislação vigente, a área geográfica de abrangência acima mencionada é qualificada como Grupo de Municípios.

§2º - A CaurN estenderá o atendimento em regiões não pertencentes à área de abrangência do Plano, nos locais em que existam Caixas Assistenciais, através de celebração de convênios para esse fim. O atendimento em outras regiões ocorrerá quando o beneficiário estiver em trânsito, nos casos de urgência ou de emergência, ou nos demais casos, mediante autorização prévia da CaurN.

Capítulo VIII DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 35 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como *Apartamento Standard*.

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

§2º - Na hipótese do Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela prevista no presente Regulamento, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

§3º - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela CAURN, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de sua responsabilidade.

Capítulo IX

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 36 - A CAURN cobrirá os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e relacionados às doenças listadas na CID-10:

Seção I – Da Cobertura Ambulatorial

Art. 37 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, observadas as seguintes coberturas:

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

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado, nos termos deste Regulamento, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III - Consulta e sessões com nutricionista, solicitadas e indicadas pelo médico assistente, limitadas a 6 (seis) consultas/sessões, por ano, não cumulativas;

IV - Consulta e sessões com fonoaudiólogo, solicitadas e indicadas pelo médico assistente, limitadas a 6 (seis) consultas/sessões, por ano, não cumulativas;

V - Consulta e sessões com terapeuta ocupacional, solicitadas e indicadas pelo médico assistente, limitadas a 6 (seis) consultas/sessões, por ano, não cumulativas;

VI - Procedimentos de fisioterapia definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

VII - Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência

- e emergência;
- c) radioterapia, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
 - e) hemoterapia ambulatorial; e,
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou (ii) hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

VIII - Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:

- a) atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia, solicitada e indicada pelo médico assistente, limitada a 12 (doze) sessões por ano, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Seção II – Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 38 - A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

I - Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

III - Diária de internação hospitalar, na acomodação contratada;

IV - Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

V - Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento hospitalar com obstetrícia, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme

prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI - Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

VII - Toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados;

VIII - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

IX- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar;

X - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

XI - Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XII - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitam de internação hospitalar;

XIII - Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XIV - Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS Vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição enteral e parenteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ambulatorial;
- g) Embolizações, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de Fisioterapia, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de rim e de córnea, exceto medicação de manutenção.

XV - Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

XVI - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;

XVII - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;

XVIII - Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:

- a) o custeio de até 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, com co-participação do Beneficiário Titular de 30%, incidentes sob o valor dos serviços utilizados (o percentual deverá obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação);
- c) o custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- d) o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com co-participação do Beneficiário Titular de 30%, incidentes sob o valor dos serviços utilizados (o percentual deverá obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação);
- e) a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a 180 (cento e oitenta) dias, por ano, não cumulativos, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

XIX - Cobertura de transplantes de córnea e de rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

XX - Transplantes autólogos, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.

Parágrafo Único - O candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de

Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.

Art. 39 - Nos atendimentos odontológicos garantidos pela cobertura hospitalar, deve-se observar as seguintes regras:

I-O imperativo clínico definido para a cobertura de procedimentos odontológicos caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente;

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

III- A estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, têm a cobertura garantida pelo presente contrato, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

IV- Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos pelo presente Regulamento, a exceção dos procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

V- Os exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou para procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico demandarem internação hospitalar, terão cobertura assegurada pelo presente Regulamento, inclusive quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

Seção III - Da Cobertura Adicional

Subseção I – Da Nutrição

Art. 40 - Para os beneficiários portadores de diabetes mellitus; dislipidemia; erros natos de metabolismo; hipertensão arterial; imunodepressão; obesidade mórbida e paralisia cerebral, a cobertura de nutrição será ampliada para 12 (doze) consultas/sessões, por ano, não cumulativas, mediante solicitação feita por profissional médico e autorizado pela Auditoria Médica da Caurn.

Subseção II – Da Fonoaudiologia

Art. 41 - A Caurn estenderá a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para consulta e sessões com fonoaudiólogo (6 consultas/sessões, por ano, não cumulativas), para 90 (noventa) sessões/ano, sujeitas a avaliação da Auditoria Médica da Caurn.

Parágrafo Único - A cada 50 (cinquenta) sessões, o Fonoaudiólogo deverá encaminhar, à Caurn, laudo circunstanciado sobre o desenvolvimento do tratamento.

Subseção III – Da Psicoterapia

Art. 42 - A Caurn estenderá a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para psicoterapia (12 sessões, por ano, não cumulativas), para 100 (cem) sessões, sujeitas a avaliação da Auditoria Médica da Caurn, sendo:

- I - Serviço de Terapia;
- II - Psicologia Individual – 1 sessão por semana;
- III - Orientação de pais ou familiares (por psicólogo) – 1 sessão por mês;
- IV - Psicologia grupal – 1 sessão por semana;
- V - Psicomotricidade individual (reeducação por psicólogo, fonoaudiólogo por pedagogo) – máximo de 2 sessões por semana;
- VI - Psicomotricidade grupal (reeducação por psicólogo, fonoaudiólogo por pedagogo) – máximo de 2 sessões por semana;
- VII - Atendimento hospitalar (por psicólogo) – máximo de 3 sessões por semana.

§1º - A cada 48 sessões, deverá ser encaminhado, à CAURN, um relatório de evolução para a avaliação.

§2º - Na penúltima sessão do mês, deverá ser feito, em formulário próprio da CAURN, o pedido das sessões do mês subsequente, e enviado pelo paciente.

Capítulo X DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 43 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário no Plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções dos Beneficiários, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

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

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

III - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do Beneficiário ao Plano.

Capítulo XI DA REMOÇÃO

Art. 44 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, para realização dos serviços previstos neste Regulamento.

Art. 45 - Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação, em virtude de carência, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), na forma da Lei, dentro da área de abrangência geográfica do Plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

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

II - caberá à CAURN o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

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

IV - quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela não integrante do SUS, a CAURN estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Capítulo XII DO REEMBOLSO

Art. 46 - A Caurn assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela Caurn.

Art. 47 - Será, ainda, garantido o atendimento prestado em território nacional ao beneficiário com assistência à saúde, mediante reembolso, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CAURN, nas seguintes hipóteses:

I - o serviço for realizado em localidade do território nacional onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento e,

II - houver paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

Art. 48 - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Caurn, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

I - Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

II - Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários médicos;

III - Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do Beneficiário no hospital; e,

IV - Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

Parágrafo Único: Para fins de reembolso, o servidor beneficiário, ativo ou inativo, ou o pensionista deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

Capítulo XIII DAS EXCLUSÕES

Art. 49 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, a Portaria Normativa SRH/MPOG nº 01/2007, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas nesses normativos e neste Regulamento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

I - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CAURN sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II - Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

III - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);

IV - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V - Inseminação artificial, considerada como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

VI - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

VII - Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

VIII - Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

IX - Transplantes, à exceção de córnea e de rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

X - Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes exceto cirurgias buço-maxilo-faciais) que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico demandarem internação hospitalar;

XI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, definidos como os medicamentos que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

XII - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

XIII - Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XIV - Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

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

XVI - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XVII - Serviços de enfermagem em caráter particular;

XVII - Qualquer tipo de atendimento domiciliar;

XIX - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XX - Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXI - Aparelhos ortopédicos;

XXII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pela CAURN;

XXIV - Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18, maiores de 60 anos, bem como do filho ou do enteado maior e inscrito na condição de inválido, ou portador de necessidades especiais, e gestantes, nos termos definidos neste Regulamento;

XXV - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas etc;

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

XXVII - Avaliação pedagógicas;

XXVIII - Orientações vocacionais;

XXIX - Psicoterapia com objetivos profissionais;

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

XXXI - Procedimentos relacionados com acidente de trabalho e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, ressalvados os exames periódicos anuais, na forma estabelecida no art. 22, inciso II, da Portaria Normativa SRH/MPOG nº 01/2007;

Capítulo XIV DAS CARÊNCIAS

Art. 50 - As coberturas previstas neste Regulamento serão ofertadas aos Beneficiários regularmente incluídos, após o cumprimento das seguintes carências, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente o inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e Resolução nº 14/1998, do CONSU:

I - 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, nos termos previstos neste Regulamento;

II - 60 (sessenta) dias para consultas e procedimentos simples, incluindo citologia oncológica; colposcopia; eletrocardiograma; exames laboratoriais (exceto imunologia e hormônios); fluxo vaginal; motilidade; raio-x simples (não contrastado); tonometria;

III - 120 (cento e vinte) dias para procedimentos de média complexidade, incluindo angiografias; audiometria; broncoscopia; campimetria; cintilografia; curva tensional diária; densitometria óssea; ecocardiograma; eletroencefalograma; eletroneuromiografia; endoscopia digestiva alta; exames laboratoriais de imunologia e hormônios; exames de anatomia patológica; fisioterapia; gasometria; holter; impedanciometria; laringoscopia; mamografia; mapa; prova imuno-alérgica; prova ventilatória; raio-x contrastado; retinografia; teste ergométrico; ultrasonografia;

IV - 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de alta complexidade, incluindo cirurgias eletivas; hemodinâmica; internações clínicas; ressonância nuclear magnética; transplantes e próteses; tomografia computadorizada;

V - 180 (cento e oitenta) dias para consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, bem como psicoterapia;

VI - 180 (cento e oitenta) dias para as demais internações e coberturas previstas neste Regulamento;

VII - 300 (trezentos) dias para parto a termo.

§1º - O prazo de carência será contado a partir da data de entrega da Proposta de Adesão na CAURN.

§ 2º - Não será exigida carência, no mesmo plano, do beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.

§ 3º - É isento de carência o novo servidor, ocupante de cargo efetivo, seus Dependentes e Agregados, se a adesão ao Plano ocorrer dentro de 30 (trinta) dias da posse.

§ 4º - Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos Beneficiários ao Plano.

Art. 51 - É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo servidor, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto;

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

Capítulo XV DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Seção I – Do Cartão de Atendimento

Art. 52 - Para utilização das coberturas ofertadas pelo Plano, a CaurN emitirá a seus Beneficiários Cartões de Identificação, onde constará o nome do beneficiário, fotografia, código, data de nascimento e carências.

§ 1º - Em todo e qualquer atendimento na Rede Credenciada, o beneficiário deverá apresentar obrigatoriamente o seu Cartão de Identificação de Beneficiário e sua carteira de identidade oficial.

§ 2º - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o Titular deverá comunicar o fato à CaurN para a tomada de providências.

§ 3º - É obrigação do Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão de seus Dependentes e Agregados, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CaurN, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CaurN, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente.

Seção II – Regras Gerais

Art. 53 - O beneficiário poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da CAURN exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

§ 1º - Ao utilizar a rede credenciada da CAURN, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à CAURN efetuar o pagamento diretamente ao credenciado em nome e por conta do beneficiário.

§ 2º - Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o cartão da operadora do plano de saúde.

§ 3º - A CAURN entregará ao Beneficiário Titular a relação dos profissionais e estabelecimentos credenciados, que também está estabelecida no endereço da CAURN na internet.

Art. 54 - O beneficiário da Caurn receberá autorização, denominada cheque-consulta, que deverá ser entregue ao profissional credenciado no ato da realização de consultas eletivas.

Art. 55 - O beneficiário obrigará-se-á, no ato do atendimento, a efetuar a conferência cabível quanto à natureza dos serviços prestados.

Art. 56 - O beneficiário é responsável pela assinatura em documentos que comprovem os procedimentos que lhes são prestados, não devendo, em hipótese alguma, assiná-los em branco.

§ 1º - Nos casos em que o beneficiário não possa assinar eventuais documentos solicitados por ocasião do atendimento, a Caurn aceitará, alternativamente, a assinatura do Titular, a de seu cônjuge ou companheiro(a), ou outro beneficiário, desde que seja indicado o código de inscrição do beneficiário assinante. Mesmo nessa hipótese, a responsabilidade pelas informações prestadas ficará a cargo do Titular. Nos casos em que as assinaturas em documentos sejam apostas por pessoas não relacionadas anteriormente, deverão obrigatoriamente constar indicação do CPF ou número da identidade.

§ 2º - A Caurn emitirá periodicamente o “extrato de utilização dos serviços prestados” e enviará ao Titular para análise. Caso haja alguma divergência entre as informações contidas no extrato e os serviços efetivamente prestados, o beneficiário deverá comunicar o fato à Caurn, imediatamente, para averiguação e medidas cabíveis.

Art. 57 - A realização dos procedimentos médicos e serviços abaixo descritos dependerá de prévia autorização da Caurn:

I - Internações clínicas, cirúrgicas, transplantes e próteses.

II - Serviços de diagnose:

a) Angiografia;

- b) Audiometria cortical e do tronco cerebral;
- c) Cintilografias;
- d) Densitometria óssea;
- e) Ecocardiograma; MAPA, Teste Ergométrico; Eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- f) Endoscopia;
- g) Estudo Hemodinâmico;
- h) Estudo Urodinâmico;
- i) Exames cardiológicos realizados com auxílio de aparelhos;
- j) Exames Endoscópicos;
- k) Exames Otorrinolaringoscópicos;
- l) Exames Oftalmológicos realizados com auxílio de aparelhos;
- m) Exames Neurológicos realizados com auxílio de aparelhos;
- n) Exames Laboratoriais: hormônio (código iniciado por 2805...) e Imunologia (código iniciado por 2806...), Gasometria, Anatomia Patológica;
- o) Prova Ventilatória com Broncodilatador;
- p) Ressonância Nuclear Magnética;
- q) Radiologia Contrastada;
- r) Radiologia Intervencionista;
- s) Rx Contrastado;
- t) Tomografia Computadorizada;
- u) Ultra-sonografia.

III - Serviços de Terapia:

- a) Diálise e hemodiálise em pacientes agudos;
- b) Cobaltoterapia; Iodoterapia; Quimioterapia; Radioterapia;
- c) Exercícios ortóptico e/ou pleóptico;
- d) Tratamento fisioterápico;
- e) Tratamento fonoaudiológico;
- f) Tratamento nutricional;
- g) Tratamento psicoterapêutico;
- h) Tratamento ludoterápico.

§ 1º - A solicitação de autorização prévia para os serviços de diagnose deverá ser feita em formulário próprio da Caurn com os dados clínicos que justifiquem o pedido.

§ 2º - A solicitação de autorização prévia para os serviços de terapia deverá ser acompanhada dos seguintes documentos:

I - Requisição ou prescrição do médico especialista na área, onde conste o tratamento proposto e o diagnóstico, ou dados clínicos que justifiquem o procedimento;

II - Relatório do médico ou profissional habilitado que irá executar o tratamento proposto, com sua avaliação e respectiva programação, incluindo número de sessões, periodicidade e tempo aproximado de tratamento.

§ 3º - A solicitação de autorização prévia para as internações que visam cirurgias plásticas reparadoras, deverá ser acompanhada dos seguintes documentos:

I - Relatório do cirurgião plástico com a descrição da lesão, indicação da cirurgia proposta e justificativa do caráter reparador;

II - Relatório do médico especialista, indicando e justificando a cirurgia reparadora proposta e resultados dos exames complementares que comprovem a referida patologia, nos casos em que a justificativa envolva a existência de patologia de outras especialidades.

§ 4º - Quando os exames forem efetuados em pacientes internados, ou em casos de urgência ou emergência, a autorização prévia será substituída por relatório clínico circunstanciado, justificando sua necessidade do procedimento.

§ 5º - Por ocasião da concessão de autorização prévia, a CAURN poderá exigir perícia para a autorização do procedimento.

§ 6º - Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

§ 7º - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da CAURN e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CAURN, exceto quando o profissional eleito pelo Beneficiário não pertencer à rede credenciada, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

§ 8º - Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responde, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos necessários à concessão da autorização, sob pena de a CAURN não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Art. 58 - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso, respeitadas as normas editadas pela ANS no que se refere à alteração da rede hospitalar, abaixo previstas:

§ 1º - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

§ 2º - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da CAURN 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 CAURN providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

§ 3º - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Art. 59 - Caberá à Diretoria Executiva da CaurN estabelecer regras, emitir normativas e adotar consultas relativas ao atendimento, de acordo com a legislação específica, consultada a Diretoria Médica e, aprovadas pelo Conselho Diretor, entre as quais se incluem:

I - Critérios de credenciamento e descredenciamento de profissionais e estabelecimentos necessários ao atendimento, bem como os parâmetros de negociação de valores de serviços com a rede prestadora definida;

II - Inclusão e exclusão de procedimentos na Tabela de Valores adotada pela CaurN;

III - Definição de procedimentos e respectivos critérios de liberação, sujeitos à autorização prévia e/ou perícia;

IV - Definição de critérios de autorizações prévias de internações e respectivos prazos ou intervalos de comunicação de permanência hospitalar;

V - Definição de regras e padrões eventuais de direcionamentos a internações ou execução de serviços de diagnose ou terapia, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados.

VI - Demais definições e normatizações que venham a ser consideradas como inerentes à regulação da utilização de serviços assistenciais.

Art. 60 - A CaurN não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários ao prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Titular.

Art. 61 - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da CAURN.

Art. 62 - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feita de forma a atender às necessidades dos Beneficiários, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

Seção III – Da Fisioterapia

Art. 63 - Os tratamentos de medicina física e reabilitação somente poderão ser realizados mediante prescrição médica e autorização pela Auditoria Médica da CaurN, onde constem diagnóstico e número de sessões a serem realizadas.

§ 1º - A cada 10 (dez) sessões, pode ser realizada, pelo Fisiatra, 1 (uma) revisão, que corresponde ao pagamento de 1 (uma) consulta.

§ 2º - Após a terceira solicitação médica de 10 (dez) sessões para o mesmo paciente, deverá a Auditoria Médica da Caurn pedir ao profissional solicitante, laudo circunstanciado que justifique a solicitação de número maior de sessões.

Capítulo XVI

DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Art. 64 - O Plano de Saúde objeto deste Regulamento será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 100/85 da ANS (Anexo II, item 11, número 1).

Art. 65 - Constituirão as fontes de receita para a manutenção dos Planos de Assistência da Caurn:

I - Valores repassados pelas PATROCINADORAS;

II - As contribuições mensais ao Plano pelo Beneficiário Titular, em razão de sua inclusão, de seus dependentes e agregados;

III - Receitas oriundas de Fundo de Reservas da Caurn para efeito de cobertura de eventuais oscilações mensais de custo.

Art. 66 - O valor a ser despendido pelas PATROCINADORAS, com assistência à saúde suplementar, terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos. Referido valor terá como base o número de Beneficiários Titulares e Dependentes regularmente inscritos no Plano de Saúde, que façam jus aos benefícios da citada Portaria Normativa SRH/MPOG nº 01/2007 e será repassado à CAURN até o 5º dia útil subsequente à competência a que se refere, acrescida das importâncias previstas em consignação de folha de pagamento.

Art. 67 - O Beneficiário Titular poderá autorizar o desconto das contribuições e da co-participação em folha de pagamento, ou através de débito automático em sua conta corrente, ou via boleto bancário.

§1º - Na hipótese do Beneficiário optante por desconto em folha de pagamento, que, por qualquer motivo, não tenha sofrido o desconto da contribuição em folha, será enviado um boleto bancário para seu pagamento.

§2º - Ao Beneficiário optante por pagamento das contribuições via débito em conta corrente, o pagamento deverá ser efetuado conforme pactuado no termo de autorização no ato de sua adesão.

§3º - Ao Beneficiário optante por pagamento das contribuições via boleto bancário, o pagamento deverá ser efetuado conforme pactuado no termo de autorização no ato de sua adesão.

Art. 68 - Os repasses e as contribuições em atraso terão seus valores corrigidos até a data da efetiva quitação do débito, mediante aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de multa de 2%, conforme legislação em vigor.

Art. 69 - Em caso de suspensão ou supressão do repasse de valores pela PATROCINADORA, os Beneficiários Titulares assumirão os encargos relativos ao custeio do PLANO, por si e por seus dependentes inscritos.

Capítulo XVII DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 70 - As contribuições mensais foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Tabela de Titulares e Dependentes		
Faixas Etárias:	Contribuição Mensal:	Percentuais de Reajustes:
0 a 18 anos de idade	74,90	0,00%
19 a 23 anos de idade	82,39	10,00%
24 a 28 anos de idade	83,89	1,82%
29 a 33 anos de idade	86,14	2,68%
34 a 38 anos de idade	106,36	23,48%
39 a 43 anos de idade	122,84	15,49%
44 a 48 anos de idade	183,51	49,39%
49 a 53 anos de idade	239,68	30,61%
54 a 58 anos de idade	299,60	25,00%
59 anos e acima	447,15	49,25%

Tabela de Agregados		
Faixas Etárias:	Contribuição Mensal:	Percentuais de Reajustes:
0 a 18 anos de idade	83,05	0,00%
19 a 23 anos de idade	91,36	10,01%
24 a 28 anos de idade	93,03	1,83%
29 a 33 anos de idade	95,51	2,67%
34 a 38 anos de idade	117,94	23,48%
39 a 43 anos de idade	136,23	15,51%
44 a 48 anos de idade	203,50	49,38%
49 a 53 anos de idade	265,78	30,60%
54 a 58 anos de idade	332,23	25,00%
59 anos e acima	495,86	49,25%

§1º - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, a contribuição será alterada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§2º - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

§3º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observadas as seguintes condições:

I - O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

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

§4º - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento, conforme normas e índices determinados pelo órgão oficial competente, seja a ANS ou outro que vier a substituí-la, ou ainda pelo índice estabelecido neste Regulamento.

Capítulo XVIII DO REAJUSTE

Art. 71 - O plano de custeio do Plano de Saúde será objeto de avaliação atuarial anual visando ao seu equilíbrio financeiro.

Art. 72 - Os valores das contribuições mensais dos titulares, seus dependentes e agregados serão reajustados, anualmente, após aprovação da Assembléia Geral da Caurn.

Parágrafo Único - Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, haverá aplicação imediata sobre este instrumento.

Art. 73 - A atualização das contribuições a cargo das PATROCINADORAS será efetuada mediante apresentação, pela CAURN, das planilhas demonstrativas de custos assistenciais em conformidade com as normas e disposições estabelecidas pela SRH/MP.

Art. 74 - Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

Capítulo XIX DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 75 - São direitos dos Titulares quites com suas obrigações estatutárias e regimentais:

I - Requisitar, para si ou para seus Dependentes ou Agregados, quaisquer dos atendimentos previstos neste Regulamento;

II - Representar ao Conselho Diretor da Caurn para recorrer de decisões, formular reclamações e/ou sugestões quanto ao funcionamento do Plano;

III - Recorrer junto ao Conselho Diretor contra decisões da Diretoria Executiva que lhe forem contraditórias.

Art. 76 - São deveres dos Beneficiários da Caurn:

I - Recolher as contribuições que forem fixadas e devidas à instituição ou autorizar desconto em folha;

II - Acatar e fazer acatar, por seus Dependentes e Agregados, todas as disposições do presente Regulamento e resoluções do Conselho Diretor da Caurn;

III - Exibir o Cartão de Identificação de Beneficiário e o documento de identidade, sempre que utilizar o benefício e/ou quando solicitado;

IV - Permitir, ao corpo médico autorizado pela Caurn, o acesso ao prontuário médico que se encontre sob a guarda de profissional ou estabelecimento médico-hospitalar;

V - Permitir, ao corpo técnico autorizado pela Caurn (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc) o questionamento ou a solicitação de relatórios acerca de dados clínicos necessários à análise prévia e autorização de procedimentos;

VI - Submeter-se, quando determinado pela Caurn, a avaliações técnico-administrativas pertinentes;

VII - Comunicar por escrito à Caurn qualquer ocorrência contrária às determinações previstas neste Regulamento;

VIII - Comunicar à Caurn, de imediato, qualquer alteração que implique atualização de dados cadastrais próprios ou de seus Dependentes, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de Dependente.

IX - Devolver, imediatamente, os Cartões de Identificação e cheques-consulta fornecidos pela Caurn, quando na ocorrência de exclusão ou desfiliação, própria ou de seus Dependentes;

Art. 77 - A prática de irregularidade para obtenção ou utilização de serviços sujeita o beneficiário, além do previsto neste Regulamento, às sanções civis e penais correspondentes.

Art. 78 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 79 - Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.

Art. 80 - O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à inteira disposição do Beneficiário na sede da Caurn, para consulta e cópia, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 81 - O Conselho Diretor tem a atribuição de acompanhar o desempenho técnico-financeiro dos planos de assistência da Caurn, de acordo com o Estatuto, este Regulamento e a legislação vigente.

§1º - Este Regulamento só poderá ser alterado por deliberação do Conselho Diretor, de acordo com o disposto no Estatuto da Caurn.

§2º - Toda e qualquer omissão, ou situação não prevista neste Regulamento será analisada e objeto de decisão do Conselho Diretor da Caurn.

Art. 82 - A Diretoria Executiva da Caurn baixará normas complementares que se fizerem necessárias à execução deste Regulamento, ouvido o seu Conselho Diretor.

Art. 83 - Fica eleito o foro do domicílio do Titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Art. 84 - Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Diretor da Caurn, revogando-se as disposições em contrário.