

REGULAMENTO DO PLANO ENFERMARIA DA CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE - CAURN

Registro nº. 456.723/08-4

Coletivo Empresarial

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

**CAPÍTULO I
DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS**

Art. 1º - A Caixa Assistencial Universitária do Rio Grande do Norte, nome fantasia **CAURN**, Operadora de Planos Privados 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 Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º - São CONVENIADAS do PLANO:

- I. **ADURN-S SINDICAL/ANDES-SN DOS DOCENTES DAS IES**, nome fantasia ADURN S SIND, inscrita no CNPJ sob o nº. 08.493.447/0001-51, localizada no Campus UFRN, Setor de Aulas II, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN;
- II. **ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**, nome fantasia AFURN, inscrita no CNPJ sob o nº. 08.215.600/0001-89, localizada na Rua das Violetas, nº. 628 B, Bairro Mirassol, Natal/RN;
- III. **ASSOCIAÇÃO DE PROFESSORES DA UFRN APURN**, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.704.888/0001-22, localizada na Av. Senador Salgado Filho, nº. 3.000, Campus - Centro Convivência, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN;
- IV. **ASCEFET/RN** – Associação dos Servidores do Centro Federal de Educação Tecnológica do Rio Grande do Norte, 08.450.397/0001-25, Av. Senador Salgado Filho, 1559, Tirol, Natal/RN;
- V. **CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE**, nome fantasia **CAURN**, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.172.353/0001-02, localizada na Av. Senador Salgado Filho, nº 3.000 Campus da UFRN, Centro de Convivência, sala 20, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN;
- VI. **COOPERATIVA CULTURAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE LTDA**, nome fantasia **CULTURA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 08.391.591/0001-87, localizada no Centro de Convivência D Marinho, S/N, C Universitária Sala 08, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN;
- VII. **FUNDAÇÃO DE APOIO A EDUCAÇÃO E AO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO DO RN**, nome fantasia **FUNCERN**, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.852.277/0001-78, localizada na Av. Senador Salgado Filho, 1.559, Bairro Tirol, Natal/RN;
- VIII. **FUNDAÇÃO NORTE RIO GRANDENSE DE PESQUISA E CULTURA**, nome fantasia **FUNPEC**, inscrita no CNPJ sob o nº. 08.469.280/0001-93, localizada na Av. Senador Salgado Filho, nº. 3.000, Campus Universitário, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN;
- IX. **SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES FEDERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL**, nome fantasia **SECÇÃO SINDICAL DE NATAL**, inscrita no CNPJ sob o nº. 03.658.820/0017-20, localizada na Av. Senador Salgado Filho, nº. 1.559, bairro Morro Branco, Natal/RN;
- X. **SINDICATO ESTADUAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR**, nome fantasia SINTEST RN, inscrita no CNPJ sob o nº. 24.519.647/0001-92, localizada na Rua das Angélicas, nº. 225, Bairro Mirassol, Natal/RN.

Parágrafo Único. A **CAURN** poderá admitir outras **CONVENIADAS** na forma da regulamentação em vigor.

Art. 3º - O PLANO tratado neste instrumento é denominado **PLANO ENFERMARIA** e está registrado na ANS sob o nº. 456.723/08-4, possuindo como **Características Gerais**:

- I. **Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- II. **Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;**
- III. **Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Municípios;**
- IV. **Área de Atuação: Natal, Caicó, Currais Novos, Mossoró, Parnamirim e Santa Cruz, localidades do Estado do Rio Grande do Norte;**
- V. **Padrão de Acomodação em Internação: Individual;**
- VI. **Formação do Preço: Pré-estabelecido.**

Art. 4º - Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo V - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III desse Capítulo.

CAPÍTULO II DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e 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 (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Único. O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO III DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º - 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 E ATUAÇÃO DO PLANO:** área 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, 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. COPARTICIPAÇÃO:** 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. HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.

CAPÍTULO IV DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º - Poderão se inscrever no PLANO:

I. Na qualidade de Beneficiário Titular:

- a) Os servidores ativos e aposentados da UFRN vinculados até o dia 05 (cinco) cada mês e de outras Instituições Federais de Ensino do Estado que firmarem Convênio com a **CAURN**, bem como os funcionários vinculados a essas entidades;
- b) Os aposentados celetistas que, até a data de aposentadoria, mantinham vínculo com a UFRN ou com outras Instituições Federais de Ensino do Estado que firmarem Convênio com a **CAURN**, obedecidas às regras estatutárias da **CAURN**;
- c) Os Dependentes de ex-servidores da UFRN vinculados até o dia 05 (cinco) cada mês ou de ex-servidores de outras Instituições Federais de Ensino do Estado que firmarem Convênio com a **CAURN**, que comprovarem a qualidade de pensionistas, mediante documentação própria e obedecidas às regras estatutárias da **CAURN**;

II. Na qualidade de Beneficiário Dependente do Titular:

- a) O cônjuge;
- b) O(a) companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) o companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- d) Os(as) filhos(as), adotivos ou não, e enteados, menores de 21 (vinte e um) anos de idade, solteiros, que vivam sob a dependência econômica do Titular e que não possuam recursos suficientes para o próprio sustento e educação;
- e) Os filhos e enteados, solteiros, 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;
- f) Os(as) filhos(as) maiores de 21 (vinte e um) anos de idade, inclusive os adotivos, e enteados, inválidos, que vivam sob a dependência do beneficiário e que não possuam recursos suficientes para o próprio sustento e educação;
- g) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação;

III. Na qualidade de Beneficiário Agregado do Titular:

- a) filhos(as), inclusive adotivos, e enteados, que perderem a condição de Dependentes;

- b) netos(as) do Titular;
- c) ex-cônjuges ou ex-companheiros do Titular, por determinação judicial;
- d) nora ou genro;

§1º - A inscrição dos Dependentes e Agregados fica condicionada à participação do Titular.

§2º - Em nenhuma hipótese o pensionista poderá incluir Dependentes ou Agregados, a exceção de filho do Titular.

§3º - 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.

§4º - A inclusão de Dependentes e Agregados 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.

§5º - A demonstração dos documentos e apresentação de declarações, para os fins de inscrição no PLANO, serão de responsabilidade do Titular.

§6º - A inscrição dos Beneficiários no PLANO é facultativa, sendo necessário o preenchimento e a assinatura da Proposta de Adesão pelo Titular.

§7º - 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 CAURN.

§8º - 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 determinados pela Assembleia Geral da CAURN e que se façam devidos pelos Beneficiários do PLANO.

Art. 8º - É assegurada a inclusão:

- I. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;
- II. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante.

Parágrafo Único. A inclusão dos beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

CAPÍTULO V DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 9º - A CAURN cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos

atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **CAURN**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I

Da Cobertura Ambulatorial

Art. 10 - A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
 - I.1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.
- II. Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigente à época do evento, quando for o caso;**
- III. Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**
- IV. 12 (doze) consultas/sessões com fonoaudiólogo, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente**, limite que poderá ser aumentado para 24 (vinte e quatro) ou 48 (quarenta e oito) ou 96 (noventa e seis) consultas/sessões, nas mesmas condições destacadas acima, **exclusivamente quando preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;**
- V. 06 (seis) consultas/sessões com nutricionista, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente**, limite que poderá ser aumentado para 12 (doze) ou para 18 (dezoito) consultas/sessões, nas mesmas condições destacadas acima, **exclusivamente quando preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;**
- VI. 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- VII. 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e desde**

- que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- VIII. 18 (dezoito) consultas/sessões de psicoterapia, **por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- IX. 02 (duas) consultas com fisioterapeuta, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, **desde que solicitadas pelo médico assistente e desde que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- X. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **solicitados pelo médico assistente**, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- XI. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- XII. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
- XII.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- XIII. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- XIV. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial;**
- XV. 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;**
- XVI. Hemoterapia ambulatorial;
- XVII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, inclusive a denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), **para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.**

Seção II

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 11 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;

- II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;
- III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:**
 - III.1) **O atendimento deverá ocorrer 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; e,**
 - III.2) **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar.**
- IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;**
- V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação em vigor;
- VI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou que seja portador de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- VII. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
 - VII.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
 - VII.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha a critério da CAURN.**
 - VII.3) Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **CAURN**, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse.
- VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX. 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;
 - IX.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
 - a) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as

condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

- 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 hospitalar.**

- X. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
 - d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações **ambulatorial e hospitalar;**
 - e) Hemoterapia;
 - f) Nutrição parenteral ou enteral;
 - g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - i) Radiologia intervencionista;
 - j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, **conforme solicitação e indicação do médico assistente.**
- XI. 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;
- XII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII. Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico no pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), 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;**
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;
 - e) **os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;**
 - f) **o Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das**

Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

- g) as entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
 - h) são competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- XIV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XV. Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou **no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- 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 180 (cento e oitenta) dias.**

Art. 12 - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- III. Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, **de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
 - III.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- IV. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 30% (trinta por cento), incidente sobre o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.

Art. 13 - O presente Regulamento garante, ainda:

- I. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, **observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**
- II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, **caso haja indicação clínica;**
- III. Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

- IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI. Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção III Da Cobertura Adicional

Subseção I Da Nutrição

Art. 14 - Para os beneficiários portadores de; dislipidemia; erros natos de metabolismo; hipertensão arterial; imunodepressão; obesidade mórbida e paralisia cerebral, a cobertura de nutrição será ampliada de 06 (seis) para 12 (doze) consultas/sessões, por ano de adesão do Beneficiário, **não cumulativas, mediante solicitação feita por profissional médico e autorizada pela Auditoria Médica da CAURN.**

Subseção II Da Fonoaudiologia

Art. 15 - A **CAURN** estenderá a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para consulta e sessões com fonoaudiólogo (12 consultas/sessões, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas), para 90 (noventa) sessões/ano de adesão do Beneficiário, **não cumulativas, sujeitas a avaliação da Auditoria Médica da CAURN, para as hipóteses não contempladas nas Diretrizes de Utilização estabelecidas no referido Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.**

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. 16 - A **CAURN** estenderá a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para psicoterapia (18 sessões, por ano de adesão do beneficiário, não cumulativas), para 100 (cem) sessões por ano de adesão do beneficiário, **não cumulativas, 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 (redução 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 VI DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 17 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do 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 ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- V. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- VII. Tratamento de rejuvenescimento, de prevenção do envelhecimento (anti-aging) ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IX. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

- X. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação Odontológica;
- XI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XIII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- XIV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, 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, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVIII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XIX. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XX. Exames para piscina ou ginástica, 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, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados dentro da área de abrangência geográfica por profissionais não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pela CAURN;
- XXIV. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXV. Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXVI. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXVII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXVIII. Avaliação pedagógica;

- XXIX. Orientações vocacionais;
- XXX. Psicoterapia com objetivos profissionais;
- XXXI. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXXII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXIII. Cirurgia para mudança de sexo;
- XXXIV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXV. Remoção domiciliar;
- XXXVI. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 18 - Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo PLANO. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- 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) e tonometria;**
- III. 120 (cento e vinte) dias para procedimentos de média complexidade, incluindo audiometria; broncoscopia; campimetria; 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 e ultra-sonografia;**
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de alta complexidade, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, bem como para as demais internações;**
- V. 180 (cento e oitenta) dias para consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, bem como psicoterapia;**
- VI. 300 (trezentos) dias para parto a termo;**
- VII. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos previstos neste Regulamento ou de procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do Rol de Procedimentos pela ANS.**

§1 - O prazo de carência será contado a partir da data do primeiro pagamento da mensalidade do PLANO.

§2º - A data de início de vigência da inscrição no PLANO, para cada beneficiário, é a data do primeiro pagamento da mensalidade, sendo-lhe exigida uma vigência mínima de 12 (doze) meses de adesão do Titular ao PLANO.

§3º - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. o Titular e seus Dependentes e Agregados cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do Titular à CONVENIADA;
- II. o Dependente ou Agregado cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o PLANO.

§4º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, nora ou genro, a data do nascimento para a inscrição de filho ou neto recém-nascido, dentre outras.

§5º - Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

CAPÍTULO VIII DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 19 - Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

Art. 20 - No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º - Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§2º - O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela CAURN, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

§3º - Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CAURN, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

Art. 21 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela CAURN, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo Único. 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 CAURN oferecerá a cobertura parcial temporária.

Art. 22 - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

Parágrafo Único. A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Art. 23 - As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela CAURN por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela CAURN para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial ou Temporária.

Art. 24 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da CAURN, fazendo parte integrante deste instrumento.

Art. 25 - Exercendo prerrogativa legal, a CAURN não optará pelo fornecimento do Agravo.

§1º - Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CAURN deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

§2º - Instaurado o processo administrativo na ANS, à CAURN caberá o ônus da prova.

§3º - A CAURN poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

§4º - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§5º - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§6º - Após julgamento, e acolhida a alegação da CAURN, 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 pré-existente, desde a data da efetiva

comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela CAURN, bem como será excluído do PLANO.

§7º - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do **PLANO** até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 26 - O presente Capítulo não vigorará para:

- I. o Titular e seus Dependentes e Agregados cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do Titular à **CONVENIADA**;
- II. o Dependente ou Agregado cuja inscrição no **PLANO** ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o **PLANO**.

Parágrafo Único. Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, nora ou genro, a data do nascimento para a inscrição de filho ou neto recém-nascido, dentre outras.

CAPÍTULO IX DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 27 - Considera-se:

- I. atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II. atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 28 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- a. para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, **depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao PLANO**;
- b. **depois de cumprida a carência para internação**, 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;
- c. durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**;
- d. **depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- e. durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**.

Parágrafo Único. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de

alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

Seção II Da Remoção

Art. 29 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

§1º - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do **PLANO**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

§2º - Haverá remoção para unidade do **SUS**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do **Beneficiário** estar cumprindo período de carência para internação.

§3º - Também haverá remoção para unidade do **SUS**, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

Art. 30 - Na remoção para uma unidade do **SUS** serão observadas as seguintes regras:

- I. **quando não possa haver remoção por risco de vida, o Beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CAURN, desse ônus;**
- II. **cabará 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. **na remoção, a CAURN 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;**
- IV. **quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a CAURN estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

CAPÍTULO X DO REEMBOLSO

Art. 31 - 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. 32 - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **CAURN**, que não será inferior ao valor praticado pela **CAURN** junto à rede de prestadores deste **PLANO**, limitado ao valor despendido pelo beneficiário, descontados eventuais valores de coparticipação, 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 e 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.

§1º - Para fins de reembolso, o servidor, ativo ou inativo, e 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.**

§2º - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

§3º - **Eventuais créditos a serem recebidos pelo Beneficiário serão compensados com débitos para o PLANO.**

CAPÍTULO XI DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Do Cartão de Identificação

Art. 33 - Para utilização das coberturas ofertadas pelo **PLANO**, a **CAURN** emitirá a seus Beneficiários Cartões de Identificação, onde constará o nome do beneficiário, código, data de nascimento e a informação sobre o cumprimento de cobertura parcial temporária.

§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 - **No caso de emissão de segunda via do Cartão de Identificação será cobrada uma taxa de emissão, à exceção das hipóteses de extravio por furto ou roubo, mediante a apresentação de boletim de ocorrência.**

§4 - **Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, do Beneficiário Titular ou de seus dependentes ou agregados, o Beneficiário Titular obriga-se a devolver, imediatamente, os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CAURN, sob pena de se obrigar a ressarcir todas as despesas originadas do uso indevido do PLANO, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CAURN, a partir da exclusão do Beneficiário.**

Seção II Das Regras Gerais

Art. 34 - Somente terão direito às coberturas previstas neste Regulamento os Beneficiários regularmente inscritos.

Art. 35 - A assistência prestada pela CAURN é assegurada aos Beneficiários por meio do credenciamento de serviços assistenciais.

Art. 36 - O beneficiário obrigar-se-á, no ato do atendimento, a efetuar a conferência cabível quanto à natureza dos serviços prestados.

§1º - O beneficiário é responsável pela assinatura em documentos que comprovem os procedimentos que lhes são prestados, não devendo, em hipótese, algum assiná-los em branco.

§2º - 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.

Art. 37 - A lista de prestadores de serviço atualizada está disponível no portal da CAURN na Internet, podendo ser impressa a pedido do Beneficiário.

Art. 38 – Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da CAURN na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

Art. 39 - A CAURN reserva-se ao 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:

- I. 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.
- II. 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.
- III. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Art. 40 - Caberá à Diretoria Executiva da CAURN estabelecer regras, emitir normativas e adotar condutas 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 autorização 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. 41 - A CAURN não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com o prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do Titular.

Art. 42 - 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. 43 - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve 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 05 (cinco) anos de idade.

Art. 44 - É permitido à CAURN o referenciamento a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria da CAURN recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

Parágrafo Único. Nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador na localidade demandada pelo beneficiário, também será permitido à CAURN o direcionamento ao prestador por ela indicado, para fins de cumprimento dos prazos de atendimento previstos nos normativos emanados pela ANS.

Seção III Do Convênio

Art. 45 - 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 nos casos de urgência ou de emergência.

Seção IV Das Autorizações Prévias

Art. 46 - 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;
- IV. Outros procedimentos instituídos pela ANS na revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, após a aprovação deste Regulamento.

§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 a 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 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

§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.

§8º - Nos casos de urgência ou emergência, o Beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos necessários à concessão da autorização, sob pena da CAURN não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Subseção I Da Fisioterapia

Art. 47 - 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 auditoria médica da CAURN poderá realizar perícia ou solicitar laudo do profissional assistente justificando a continuidade do tratamento a partir da 10ª (décima) sessão, visando acompanhamento e efetividade de tratamento para o paciente.

§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.

Seção V Do Padrão de Acomodação

Art. 48 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como ENFERMARIA.

Parágrafo Único. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela CAURN na acomodação em que 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.

CAPÍTULO XII DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 49 - O **PLANO** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 50 - Constituirão as fontes de receita para a manutenção dos Planos Privados de Assistência à Saúde da **CAURN**:

- I. as contribuições mensais ao **PLANO**, determinadas atuarialmente e variáveis em função da categoria e da faixa etária do beneficiário;
- II. receitas oriundas de Fundo de Reservas da **CAURN** para efeito de cobertura de eventuais oscilações mensais de custo.

Parágrafo Único. 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% (dois por cento), conforme legislação em vigor.

Art. 51 - A contribuição mensal do Titular, e seus Dependentes e Agregados incluídos, se dará, prioritariamente, na forma de desconto em folha de pagamento e, excepcionalmente através de autorização de desconto em conta corrente ou boleto bancário.

§1º - O desconto em folha de pagamento e em conta corrente se dará sempre até o primeiro dia útil após o recebimento do salário.

§2º - A contribuição mensal deverá ser paga por meio de boleto bancário até o dia 05 (cinco) de cada mês e corresponde a contribuição do mês em curso.

§3º - Na hipótese do Beneficiário optante por desconto em folha de pagamento, que, por qualquer motivo, não tenha sofrido o desconto da mensalidade em folha, será enviado um boleto bancário para seu pagamento.

CAPÍTULO XIII DO REAJUSTE

Art. 52 - O plano de custeio do **PLANO** será objeto de avaliação atuarial anual visando ao seu equilíbrio financeiro.

Art. 53 - Os valores das contribuições mensais dos titulares e seus dependentes e agregados serão reajustados, anualmente, após aprovação da Assembleia 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. 54 - Os reajustes aplicados serão comunicados à **ANS**, na forma e prazo por ela estabelecidos.

Art. 55 - Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no momento do reajuste anual, entendendo esta como data base única.

Art. 56 - Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Diretor da CAURN para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

CAPÍTULO XIV DAS FAIXAS ETÁRIAS

Art. 57 - As contribuições mensais foram fixadas em função da categoria e 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 | R\$ 53,47 | 0,00% |
| 19 a 23 anos de idade | R\$ 58,82 | 10,00% |
| 24a 28 anos de idade | R\$ 59,89 | 1,82% |
| 29 a 33 anos de idade | R\$ 61,49 | 2,68% |
| 34 a 38 anos de idade | R\$ 75,93 | 23,48% |
| 39 a 43 anos de idade | R\$ 87,70 | 15,49% |
| 44 a 48 anos de idade | R\$ 131,01 | 49,39% |
| 49 a 53 anos de idade | R\$ 171,11 | 30,61% |
| 54 a 58 anos de idade | R\$ 213,89 | 25,00% |
| 59 anos e acima | R\$ 319,23 | 49,25% |

| Tabela de Agregados | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Faixas Etárias: | Contribuição Mensal: | Percentuais de Reajustes: |
| 0 a 18 anos de idade | R\$ 58,82 | 0,00% |
| 19 a 23 anos de idade | R\$ 64,70 | 10,00% |
| 24a 28 anos de idade | R\$ 65,88 | 1,82% |
| 29 a 33 anos de idade | R\$ 67,64 | 2,68% |
| 34 a 38 anos de idade | R\$ 83,52 | 23,48% |
| 39 a 43 anos de idade | R\$ 96,46 | 15,49% |
| 44 a 48 anos de idade | R\$ 144,11 | 49,39% |
| 49 a 53 anos de idade | R\$ 188,22 | 30,61% |
| 54 a 58 anos de idade | R\$ 235,28 | 25,00% |
| 59 anos e acima | R\$ 351,15 | 49,25% |

§1º - Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão alteradas 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 anual previsto neste Regulamento.

§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 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

§4º - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, 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, decorrente da avaliação atuarial do PLANO.

CAPÍTULO XV DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I Do Demitido

Art. 58 - Ao Titular que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa ou exoneração, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal e demais valores constantes neste Regulamento.

§1º - O período de manutenção da condição de Beneficiário Titular será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o **PLANO**, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§2º - O Titular demitido ou exonerado sem justa causa deve optar pela manutenção no **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, a contar da comunicação da **CONVENIADA** quanto ao direito de manutenção da condição de beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

§3º - O direito garantido nesta Seção será assegurado ainda que o beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da perda do vínculo com a **CONVENIADA**, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PLANO**.

§4º - O Titular que não contribuir para o **PLANO**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência de que trata essa Seção, após a perda do vínculo empregatício.

§5º - Nos planos coletivos custeados integralmente pela **CONVENIADA**, não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos dependentes e agregados.

Seção II Do Aposentado

Art. 59 - O ex-empregado aposentado poderá manter sua condição de beneficiário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º - O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **CONVENIADA**, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

§2º - Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **CONVENIADA**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

§3º - Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **CONVENIADA**, antes do exercício do direito previsto nesta Seção, é garantida a permanência no plano dos dependentes e agregados inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

Seção III Das Disposições comuns

Art. 60 - O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

§1º - A manutenção da condição de beneficiário prevista neste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (dependentes e agregados), a critério do próprio titular.

§2º - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§3º - Em caso de óbito do demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes e agregados inscritos na vigência do contrato de trabalho, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou exonerado sem justa causa ou o aposentado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto a **CAURN** sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do **PLANO**.

§4º - As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

§5º - O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I. quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à **CAURN**;
- II. decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo;
- III. cancelamento pela **CONVENIADA** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

Art. 61 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes e agregados vinculados ao **PLANO**, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a

portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

Art. 62 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XVI DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 63 - Poderá a CONVENIADA solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos beneficiários, observada a legislação em vigor.

Art. 64 - Para proceder com a solicitação de exclusão de um Titular do PLANO, caberá à CONVENIADA, obrigatória e expressamente, informar à CAURN:

- I. se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II. se o beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONVENIADA após a aposentadoria;
- III. se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa contribuía para o pagamento do PLANO ou para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao PLANO;
- IV. por quanto tempo o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa contribuiu para o pagamento do PLANO e para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao PLANO;
- V. se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo Único. Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos beneficiários do PLANO, mediante comprovação de que o beneficiário foi comunicado do direito de manutenção previsto na Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 65 - A CAURN poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, independente de manifestação da CONVENIADA ou do próprio Titular, nas seguintes hipóteses:

- I. em caso de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- II. perda da qualidade de beneficiário, nos termos estabelecidos no presente Regulamento;
- III. interrupção do pagamento das contribuições, nos termos estabelecidos no presente Instrumento.

Art. 66 - Perderá a condição de Beneficiário:

- I. o Titular, incluindo seus Dependentes e Agregados, pelo óbito, demissão ou exoneração da Instituição Federal de Ensino do Estado ou entidade vinculada à UFRN, ressalvadas as hipóteses de manutenção previstas neste Regulamento;
- II. o Beneficiário Dependente que perder sua condição de dependência, nos termos deste Regulamento, podendo optar pela inscrição como Agregado, se for o caso;

III. o Beneficiário Agregado que perder sua condição de elegibilidade para o PLANO, nos termos deste Regulamento.

Art. 67 - Perderá a condição de Beneficiário Dependente:

- I. o cônjuge, nos casos de separação judicial;**
- 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);**
- VII. o Beneficiário Dependente, com o óbito do Titular, exceto quando adquirirem a qualidade de pensionista ou nas hipóteses de manutenção previstas neste Regulamento.**

Art. 68 - Determinam a exclusão do Agregado:

- I. o enteado cujo pai ou mãe se separar do Titular;**
- II. 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;**
- III. o genro e a nora que se separarem do(a) filho(a) do Titular.**

Art. 69 - Cabe ao Titular comunicar à CAURN, de imediato, qualquer alteração que implique em atualização de dados cadastrais próprios ou de Dependentes ou Agregados por ele indicados, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de beneficiário.

Art. 70 - O atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e/ou coparticipações), por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no último ano de adesão do Titular ao PLANO, determina a exclusão do Titular e respectivos Dependentes e Agregados, mediante notificação.

§1º - 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.

§2º - Será assegurada ao beneficiário passível de penalidade, ampla defesa através de processo administrativo.

§3º - 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.

§4º - O desligamento voluntário de Dependente e Agregado pode ser executado de maneira individual, sem implicações com o grupo familiar e desde que esteja de acordo com o disposto neste Regulamento.

Art. 71 - 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 previstas neste Regulamento.

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

Art. 72 - O cancelamento da adesão do Titular ou de seus Dependentes ou Agregados só será efetuado após a devolução dos cartões de identificação fornecidos pela CAURN.

Art. 73 - Ocorrendo a perda da condição de Titular do(a) servidor(a), definitiva ou provisoriamente, e sendo o cônjuge ou o(a) companheiro(a) servidor(a) de instituição federal de ensino ou instituição vinculada, conforme disposições do Estatuto da CAURN, poderá haver transferência de titularidade, observadas as exigências e limitações regulamentares.

Parágrafo Único. Ocorrendo a transferência de titularidade, o novo Titular e Dependentes e Agregados, permanecerão com o dever de cumprimento dos prazos de carência ainda não escoados.

CAPÍTULO XVII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 74 - 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 Assembleia Geral Extraordinária especialmente convocada para esse fim.

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

- I. requisitar, para si ou para seus Dependentes e 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 contrárias.

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 si e 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, dentre outros) 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 e Agregados, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de Dependente e de Agregado.

IX. devolver, imediatamente, os Cartões de Identificação fornecidos pela **CAURN**, quando na ocorrência de exclusão ou desfiliação, própria ou de seus Dependentes e Agregados.

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**.

§3º - A Diretoria Executiva da **CAURN** baixará normas complementares que se fizerem necessárias à execução deste Regulamento, ouvido o seu Conselho Diretor.

Art. 82 - O encerramento da operação do PLANO pela CAURN se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 83 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação pelo Conselho Diretor da **CAURN**, revogando-se as disposições em contrário.

Art. 84 - 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.