

**REGULAMENTO DO PLANO CAURN FLEX AGREGADO APARTAMENTO  
COPARTICIPAÇÃO DA CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO  
GRANDE DO NORTE – CAURN  
Registro ANS nº 485.990/20-1  
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, no cumprimento das normas relativas às Operadoras, 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- **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**, nome fantasia **UFRN**, inscrita no CNPJ sob o nº. 24.365.710/0001-83, localizada na Avenida Senador Salgado Filho, nº. 3.000, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN;
- II- **INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE**, nome fantasia **IFRN**, inscrita no CNPJ sob o nº. 10.877.412/0001-68, localizada na Rua Doutor Nilo Bezerra Ramalho, S/N, Bairro Tirol, 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 **CAURN FLEX AGREGADO APARTAMENTO COPARTICIPAÇÃO** e está registrado na ANS sob o nº 485.990/20-1, 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: Caicó, Currais Novos, Parnamirim, Mossoró, Natal 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.

**§1º** - Este instrumento foi elaborado considerando as disposições contidas na Portaria Normativa nº 01/2017, editada pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – SEGRT/MPDG.

**§2º** - 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 da inscrição do Beneficiário no **PLANO**, durante o qual não tem direito às coberturas ofertadas;
- VI- **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.<sup>a</sup> 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** - O **PLANO** destina-se exclusivamente aos familiares dos Beneficiários Titulares das **CONVENIADAS**, que são aqueles definidos nos Regulamentos próprios dos planos de saúde da **CAURN** destinados a essa categoria, respeitados os vínculos exigidos na legislação de saúde suplementar para que a **CAURN** seja considerada autogestão.

**Parágrafo Único.** Para fins do disposto neste Regulamento, os familiares dos Beneficiários Titulares que podem ter acesso ao **PLANO** objeto deste Regulamento são denominados Beneficiários Agregados.

**Art. 8º** - Consideram-se Beneficiários Agregados do Titular:

- I- Filhos(as), inclusive adotivos, e enteados, que perderem a condição de Dependente;
- II- Netos(as) do Titular;

- III- Ex-cônjuges ou ex-companheiros do Titular, por determinação judicial;
- IV- Cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados do Titular;
- V- Enteados(as) do filho do Titular;
- VI- Filhos(as) do(a) enteado(a) do Titular.

**§1º - A inscrição dos Beneficiários Agregados fica condicionada à participação do Titular.**

**§2º -** 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.

**§3º -** Para a inclusão de 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**.

**§4º -** Caberá às **CONVENIADAS** encaminharem 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 e suspensão, 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.

**§5º -** Caberá, ainda, às **CONVENIADAS** a exibição de documentos que comprovem a relação de parentesco/afinidade dos Agregados com o servidor quando solicitados pela **CAURN**.

**§6º - É dever do Beneficiário Titular manter atualizadas as informações cadastrais de seus Agregados perante a CAURN.**

**§7º -** A inclusão de Agregado 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.

**§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 e coparticipações, mediante desconto em folha, débito bancário, boletos ou outras formas, bem como de eventuais valores aprovados pela Assembleia Geral da **CAURN** e que se façam devidos pelos Beneficiários do **PLANO**.

**Art. 9º** - Após o falecimento do Beneficiário Titular, os Agregados poderão permanecer no **PLANO**, na condição de Beneficiário, mediante opção a ser efetivada junto à **CONVENIADA** no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do óbito, com a assunção das obrigações financeiras decorrentes.

**Art. 10** - É assegurada a inclusão:

- I- do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, 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. 11** - 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. 12** - 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- Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente;
- V- Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização (DUT), que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- VI- 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;
- VII- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- VIII- 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;
- IX- 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;

- X- Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento **para a segmentação ambulatorial**;
- XI- 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**;
- XII- Hemoterapia ambulatorial;
- XIII- 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 seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.**

## Seção II

### Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

**Art. 13** - 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 justificada 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;
- 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 peritoneal - 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 em todo o período 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;**

**d.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;**

- e) **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;**
- f) 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;
- g) 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, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico, ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

**XVI-** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

**Art. 14** - 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 decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 30% (trinta por cento), **incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.**

**Art. 15** - 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 anestesista, **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** **Das Coberturas Adicionais**

#### **Subseção I** **Da Nutrição**

**Art. 16** - 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 autorizada pela Auditoria Médica da CAURN.

## **Subseção II Da Fonoaudiologia**

**Art. 17** - 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, 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. 18** - A **CAURN** estenderá a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para psicoterapia (18 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.

**Subseção IV**  
**Atendimento fora da área de abrangência do PLANO**

**Art. 19** – Nas situações de urgência e emergência, o beneficiário poderá ser atendido fora da área de abrangência do **PLANO** nos locais em que existam Caixas Assistenciais e convênios celebrados para esse fim ou mediante reembolso, conforme regras estabelecidas em capítulo específico deste Regulamento

**CAPÍTULO VI**  
**DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Art. 20** - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, a Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 01/2017, 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 da inscrição do Beneficiário 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 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- Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- VII- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 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 cirurgia 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 vigente na data do evento 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 ou não previstos expressamente na Cobertura Adicional deste Regulamento;**
- 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, fora da área geográfica de abrangência do PLANO ou fora da rede credenciada, ressalvadas as situações expressamente previstas neste Regulamento a título de cobertura adicional;**
- 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- Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- XXXI- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- XXXII- Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXXIII- Remoção domiciliar;**
- XXXIV- Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

## **CAPÍTULO VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**Art. 21 - 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 médicas e procedimentos simples, que envolvem: 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, que envolvem: 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 imunoalérgica; prova ventilatória; raio-x contrastado; retinografia; teste ergométrico e ultra-sonografia;**
- 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, psicólogo e terapeuta ocupacional, bem como psicoterapia;**
- VI- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, incluindo as demais internações e coberturas;**
- VII- 300 (trezentos) dias para parto a termo.**

**§1º - O prazo de carência será contado a partir da data de vigência da inscrição do Beneficiário no PLANO, que constará da Proposta de Adesão na CAURN, obedecendo a cronograma do Sistema SIAPE.**

**§2º - Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos Beneficiários ao PLANO.**



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

- I- o Agregado cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio ou da vinculação do Titular à CONVENIADA;**
- II- o 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 do filho e enteado, a data do nascimento para a inscrição de 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. 22 - Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.**

**Art. 23 - No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão 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 assumo 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.

**§5º** - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela **CAURN**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

**Art. 24** - 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.

**Parágrafo Único.** A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

**Art. 25** - A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

**Parágrafo Único.** As doenças ou lesões preexistentes 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. 26** - 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](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da **CAURN**, fazendo parte integrante deste instrumento.

**Art. 27** - Exercendo prerrogativa legal, a **CAURN** não optará pelo fornecimento do Agravo.

**Art. 28** - Identificado indício de fraude por parte do **Beneficiário**, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **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**.

§1º - Instaurado o processo administrativo na **ANS**, à **CAURN** caberá o ônus da prova.

§2º - 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 preexistente.

§3º - A **ANS** efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º - Se solicitado pela **ANS**, o **Beneficiário** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º - 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 preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **CAURN**, bem como será excluído do **PLANO**.

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

**Art. 29** - O presente Capítulo não vigorará para:

- I- o Agregado cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio ou da vinculação do Titular à **CONVENIADA**;
- II- o 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 do

filho e enteado, a data do nascimento para a inscrição de neto recém-nascido, dentre outras.

## **CAPÍTULO IX DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

### **Seção I Do Atendimento**

**Art. 30** - 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. 31** - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I- para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, **depois de decorridas 24 horas da adesão do Beneficiário ao PLANO;**
- II- **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.
- III- 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.**
- IV- **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.
- V- 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 Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

## **Seção II Da Remoção**

**Art. 32** - 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 Preexistentes.

**Art. 33** - 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-** 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-** 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. 34** - A **CAURN** assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, realizadas em todo o território nacional.**

**§1º** - 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.

**§2º** - 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.**

**§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. 35** - 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 carências e de cobertura parcial temporária em caso de doenças e lesões preexistentes.

§1º - A Operadora dispõe do Cartão de Identificação na forma digital através do aplicativo **CAURN**.

§2º - 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.

§3º - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o Titular deverá comunicar o fato à **CAURN** para a tomada de providências.

§4º - É obrigação do Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição do Convênio, ou ainda, de exclusão do Agregado, 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 resilição.

## **Seção II**

### **Das Regras Gerais**

**Art. 36** - Para o atendimento decorrente dos riscos cobertos pelo **PLANO**, o beneficiário deverá utilizar os médicos ou instituições relacionados na rede de serviço da **CAURN**.

§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**, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o cartão de identificação.

**Art. 37** - O beneficiário obrigar-se-á, no ato do atendimento, a efetuar a conferência cabível quanto à natureza dos serviços prestados.

**Art. 38** - 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.

**Parágrafo Único.** 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. 39** - A **CAURN** disponibilizará a relação dos profissionais e estabelecimentos credenciados por meio do seu portal corporativo na *internet*: [www.caurn.com.br](http://www.caurn.com.br).

**Parágrafo Único.** A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões, respeitadas as normas editadas pela ANS. 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 outra equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.
- II- Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **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 e aprovar regras, emitir normativas e adotar condutas relativas ao atendimento, de acordo com a legislação específica, consultada a Diretoria Médica, 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. 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, 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**

#### **Das Autorizações Prévias**

**Art. 45** - 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 - 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.

§6º - Por ocasião da concessão de autorização prévia, a **CAURN** poderá exigir perícia para a autorização do procedimento.

§7º - Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao Beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

**§8º** - Em caso de divergência técnico-assistencial sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, 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.

**§9º** - Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista no parágrafo anterior serão conforme disposto na regulamentação vigente.

**§10** - A solicitação médica, sendo esta realizada por médico credenciado ao **PLANO** ou não, terá validade de 30 (trinta) dias após a sua emissão.

#### **Subseção I Da Fisioterapia**

**Art. 46** - 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 11ª (décima primeira) 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 IV Do Padrão de Acomodação em Internação**

**Art. 47** - 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 - Os Beneficiários que possuam interesse em acomodação de nível superior ao assegurado pelo **PLANO** deverão negociar e pagar diretamente ao hospital o valor excedente das despesas referentes à troca de acomodação.

## **Seção V** **Da Coparticipação**

**Art. 48** - Entende-se por **coparticipação** a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à **CAURN**, referente à utilização dos serviços cobertos pelos Agregados, definida em termos fixos ou em percentuais.

**Art. 49** - Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular, será cobrada a coparticipação quando da utilização pelos beneficiários dos procedimentos cobertos por este instrumento, conforme descrito a seguir:

<b>Coparticipações</b>	
<b>Consultas Eletivas</b>	<b>R\$ 15,00</b>
<b>Consultas no Pronto Atendimento</b>	<b>R\$ 30,00</b>
<b>Exames I</b>	<b>R\$ 5,00</b>
<b>Exames II</b>	<b>R\$ 30,00</b>
<b>Exames III</b>	<b>R\$ 60,00</b>
<b>Fisioterapia - Sessão</b>	<b>R\$ 5,00</b>
<b>Demais terapias - Sessão</b>	<b>R\$ 15,00</b>
<b>Outros atendimentos Ambulatoriais</b>	<b>R\$ 45,00</b>
<b>Internação Apartamento</b>	<b>R\$ 150,00</b>

\* A coparticipação está limitada a 50% do valor do procedimento

### **Descrições - Grupos de Procedimentos:**

#### **Exames tipo I**

- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais) - ECG - TE;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais) - exames ósteo-músculo-articulares;

- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais) - função respiratória;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (medicina laboratorial) e seus subgrupos;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (métodos diagnósticos por imagem) - radiografias e seus subgrupos;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (exames específicos) - procedimentos;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (testes para diagnósticos) - procedimentos;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (outros) - procedimentos diagnósticos (exceto tomografia de coerência óptica - OCT).

### **Exames tipo II**

- Procedimentos clínicos (ambulatoriais) - monitorizações;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais) - sistema nervoso;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais) - endoscopia diagnóstica (exceto ecoendoscopias);
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais) - endoscopia intervencionista (exceto ecoendoscopias);
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (genética) - genética bioquímica;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (genética) - genética molecular;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (anatomia patológica e citopatologia) - procedimentos;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (medicina nuclear) e seus subgrupos, (exceto pet-scan);
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (métodos diagnósticos por imagem) - neurorradiologia;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (métodos diagnósticos por imagem) - radioscopia;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (métodos diagnósticos por imagem) - angiorradiologia;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (ultra-sonografia) e seus subgrupos.

### **Exames tipo III**

- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (eletrofisiológicos/mecânicos e funcionais) - tubo digestivo;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (genética) - citogenética;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (tomografia computadorizada) e seus subgrupos;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (ressonância magnética) e seus subgrupos;

- Tomografia de coerência óptica;
- OCT;
- PET dedicado;
- TC para PET dedicado;
- PET-CT;
- Ecoendoscopia;
- Oxigenioterapia hiperbárica.

### **Fisioterapias**

- Procedimentos clínicos (ambulatoriais) - reabilitações/sessões;
- Fisioterapia;
- Fisioterapêutico(a).

### **Demais terapias**

- Procedimentos cirúrgicos e invasivos (outros procedimentos) - acupuntura;
- Procedimentos clínicos (ambulatoriais) - terapêutica (exceto oxigenioterapia hiperbárica e crioterapia);
- Procedimentos não médicos (exceto procedimentos de fisioterapia ou fisioterapêuticos).

### **Outros Atendimentos Ambulatoriais (quando não realizados em regime de internação):**

- Procedimentos clínicos (ambulatoriais) - avaliações/acompanhamentos (exceto consultas);
- Procedimentos clínicos (ambulatoriais) - terapêutica;
- Procedimentos cirúrgicos e invasivos e seus subgrupos;
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (métodos intervencionistas por imagem) - métodos intervencionistas / terapêuticos por imagem;
- Crioterapia.

**§1º - Também haverá coparticipação na internação por transtornos psiquiátricos, na forma prevista neste Regulamento.**

**§2º - Não haverá cobrança de coparticipação nos procedimentos relacionados a seguir:**

- a)** Procedimentos listados nos grupamentos da Tabela Referencial TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar nos seguintes grupamentos:
- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (medicina transfusional) e seus subgrupos;
  - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos (radioterapia) e seus subgrupos;

- b) Procedimentos que contenham a seguinte terminologia na Tabela Referencial TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar:
- Hemodiálise;
  - Hemodepuração de casos agudos ou diálise peritoneal;
  - Terapia oncológica;
  - Mamografia;
  - Antígeno específico prostático;
  - PSA;
  - Pesquisa de sangue oculto nas fezes;
  - Coleta de material cérvico-vaginal;
  - Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico vaginal oncológica.

**§3º - O pagamento da coparticipação será realizado mediante desconto em folha de pagamento do Beneficiário Titular ou através de outro instrumento de cobrança a ser definido pela CAURN.**

**§4º - O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.**

**§5º - Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.**

## **CAPÍTULO XII DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE**

**Art. 50 - 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. 51 - Constituirão as fontes de receita para a manutenção dos Planos Privados de Assistência à Saúde da CAURN:**

- I- as contribuições mensais ao **PLANO** pelo Beneficiário Titular, em razão da inclusão de seus Agregados, determinadas atuarialmente e variáveis em função da faixa etária do beneficiário;
- II- valores devidos a título de coparticipação pelo Beneficiário Titular ao **PLANO**;
- III- receitas oriundas de Fundo de Reservas da **CAURN** para efeito de cobertura de eventuais oscilações mensais de custo.



**Parágrafo Único. Não haverá contribuição das CONVENIADAS para o custeio do PLANO, que será arcado integralmente pelo Beneficiário.**

**Art. 52** - Os valores devidos ao **PLANO** (contribuições mensais e/ou coparticipações) pelo Beneficiário Titular em razão da inscrição de seus Agregados, serão descontados, prioritariamente, em folha de pagamento e, excepcionalmente, através de autorização de desconto em conta corrente ou por meio de 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 5 (cinco) de cada mês e corresponde à 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 dos valores devidos ao **PLANO** em folha, será enviado um boleto bancário para seu pagamento.

**Art. 53** - 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.

### **CAPÍTULO XIII DO REAJUSTE**

**Art. 54** - O plano de custeio do **PLANO** será objeto de avaliação atuarial anual, no mês de        de cada ano, visando ao seu equilíbrio financeiro, levando-se em conta a variação dos custos médico-hospitalares, a sinistralidade ocorrida, a inflação do período e o perfil da carteira de beneficiários, dentre outras premissas estabelecidas pelo atuário.

**Art. 55** - Os valores das contribuições mensais dos Agregados, bem como os valores devidos a título de coparticipação serão reajustados, anualmente, após aprovação do Conselho Diretor 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. 56** - Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

**Art. 57** - 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. 58** - 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.

#### **CAPÍTULO XIV DAS FAIXAS ETÁRIAS**

**Art. 59** - 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 Agregados:**

<b>Faixas Etárias:</b>	<b>Contribuição Mensal:</b>	<b>Percentuais de variação por faixa etária:</b>
<b>0 a 18 anos de idade</b>	<b>R\$ 264,25</b>	<b>-</b>
<b>19 a 23 anos de idade</b>	<b>R\$ 317,10</b>	<b>20,00%</b>
<b>24 a 28 anos de idade</b>	<b>R\$ 339,65</b>	<b>7,11%</b>
<b>29 a 33 anos de idade</b>	<b>R\$ 354,96</b>	<b>4,51%</b>
<b>34 a 38 anos de idade</b>	<b>R\$ 388,93</b>	<b>9,57%</b>
<b>39 a 43 anos de idade</b>	<b>R\$ 449,45</b>	<b>15,56%</b>
<b>44 a 48 anos de idade</b>	<b>R\$ 640,65</b>	<b>42,54%</b>
<b>49 a 53 anos de idade</b>	<b>R\$ 830,60</b>	<b>29,65%</b>
<b>54 a 58 anos de idade</b>	<b>R\$ 1.038,25</b>	<b>25,00%</b>
<b>59 anos e acima</b>	<b>R\$ 1.549,59</b>	<b>49,25%</b>

**§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 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 anual previsto neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do PLANO.**

## **CAPÍTULO XV**

### **DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

**Art. 60 - Nos casos de exoneração ou demissão ou aposentadoria do Beneficiário Titular, é garantido o direito de manutenção dos Beneficiários Agregados, pelo mesmo período de tempo que terá direito de manutenção o Beneficiário Titular e observadas as demais condições previstas.**

**Parágrafo Único. O direito previsto no *caput* continuará existindo em caso de óbito do Beneficiário Titular mantido no PLANO pelo restante do período de tempo que teria direito caso não houvesse o óbito, 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.**

**Art. 61 - É assegurado aos Beneficiários Agregados vinculados ao PLANO o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.**

**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 - Caberá à CONVENIADA solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:**

- I- perda da qualidade de Agregado, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixe de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário;
- II- quando da solicitação de exclusão apresentada pelo Titular.

**Art. 64 - 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 preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- II- perda da qualidade de Agregado, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixe de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário;
- III- interrupção do pagamento das contribuições e coparticipações, nos termos estabelecidos no presente Instrumento.

**Art. 65 - Perderá a condição de Beneficiário Agregado:**

- I- o enteado (inclusive seu filho), 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 cônjuge ou companheiro que se separar do filho ou enteado do Titular;
- IV- o enteado do filho do Titular, cujo pai ou mãe se separe do filho do Titular.

**Art. 66 - A exclusão do Beneficiário Titular implicará a exclusão de todos os seus Agregados, ressalvado o direito de manutenção expressamente previsto neste Regulamento.**

**Art. 67 - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exige o beneficiário de quitar eventuais débitos com a CAURN, incluídos os valores de mensalidade e de coparticipação.**

**§1º - Os Beneficiários excluídos do PLANO terão seus cartões de identificação recolhidos pelas CONVENIADAS, que os devolverão à CAURN.**

**§2º - É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência da insuficiência de margem consignável do titular do benefício.**

**§3º - Durante o período de insuficiência da margem consignável, o beneficiário titular não se exime do pagamento dos débitos de sua responsabilidade, incluídos os valores de mensalidade e de coparticipação, sob pena de a inadimplência gerar os efeitos previstos neste Regulamento.**

**Art. 68 - Ocorrendo a perda da condição de Beneficiário Titular, definitiva ou provisoriamente, e sendo o cônjuge ou o(a) companheiro(a) servidor (a) da instituição, transferir-se-á automaticamente para ele a responsabilidade da inscrição dos demais Agregados, observadas as exigências e limitações regulamentares.**

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

**Art. 70 - 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. 71 – 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 Agregado ao PLANO, determina a sua exclusão, mediante comunicação.**

**Art. 72 - O desligamento voluntário de 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. 73 - É prevista a possibilidade de reingresso dos Agregados que se desligaram do PLANO, mediante análise e parecer dado pelo Conselho Diretor, desde que sejam cumpridos os prazos de carência e de cobertura parcial temporária previstos neste Regulamento.**

## **CAPÍTULO XVII**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 74** - São direitos dos Titulares quites com suas obrigações estatutárias e regimentais:

- I- requisitar para seus 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. 75** - 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 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** e à respectiva **CONVENIADA**, de imediato, qualquer alteração que implique atualização de dados cadastrais de seus Agregados, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de Agregado;
- IX- devolver, imediatamente, os Cartões de Identificação fornecidos pela **CAURN**, quando na ocorrência de exclusão ou desfiliação, própria ou de seus Agregados.

**Art. 76** - 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. 77** - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**Art. 78** - 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. 79** - 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. 80** - 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. 81** - 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.