

Regulamento do Plano Dependentes Enfermaria 21

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE
DEPENDENTES - ENFERMARIA 21
INSTITUTO CURITIBA DE SAÚDE – ICS**

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

Razão Social: Instituto Curitiba de Saúde. Nome Fantasia: Instituto Curitiba de Saúde - ICS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, constituída sob a forma de serviço social autônomo, com sede na Avenida Marechal Floriano Peixoto, 1895, Bairro Rebouças, Curitiba - Paraná, inscrita no CNPJ n.º 03.518.900/0001-13, classificada como Autogestão e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o n.º 41.901-0, representada neste ato na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente de ICS.

QUALIFICAÇÃO DAS CONTRATANTES

Razão Social: Prefeitura Municipal de Curitiba

Nome Fantasia: Prefeitura Municipal de Curitiba

CNPJ: 76.417.005/0001-86

Endereço: Avenida Candido de Abreu, 817, Curitiba/PR

Razão Social: Câmara Municipal de Curitiba

Nome Fantasia: Câmara Municipal de Curitiba

CNPJ: 77.636.520/0001-10

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 720, Curitiba/PR

DADOS DO PRODUTO

Nome Comercial – Plano Dependentes - Enfermaria 21

Número de Registro do Plano na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – 489.896/21-6

Tipo de Contratação – Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde – Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia

Área de Abrangência Geográfica do Plano de Saúde - Municipal

Área de Atuação do Plano de Saúde - Curitiba

Padrão de Acomodação em Internação – Acomodação Coletiva

Formação de Preço – Pré Estabelecido

**CAPÍTULO I
DO OBJETIVO**

Art. 1º. O presente Regulamento tem por objetivo disciplinar o Plano Dependentes - Enfermaria 21 operado pelo Instituto Curitiba de Saúde – ICS, na qualidade de operadora de planos de assistência à saúde suplementar, modalidade de Autogestão Patrocinada.

Parágrafo Único. O Programa de Serviços de Assistência Social Médico-Hospitalar e Afim, identificado no Contrato de Adesão firmado entre o Município de Curitiba e o ICS e no Convênio de Adesão firmado entre a Câmara Municipal de Curitiba e o ICS, figura junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como o Plano Dependentes - Enfermaria 21. Assim sendo o presente Regulamento traça as diretrizes do referido Plano, com

características de contrato de adesão, bilateral e adesivo, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro.

Art. 2º. O Plano Dependentes - Enfermaria 21 se define como um plano de saúde de contratação coletiva empresarial em sistema de preço pré-estabelecido, com área geográfica de abrangência restrita ao Município de CURITIBA/PR, com segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia, com acomodação em enfermaria, tendo como objeto a cobertura assistencial dos dependentes dos servidores, regularmente inscritos em Planos do ICS.

Art. 3º. O Plano Dependentes - Enfermaria 21 é caracterizado pela prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde previsto no inciso I do art. 1º da Lei 9656/1998, visando à assistência médica-hospitalar, obstétrica e odontológica, com cobertura limitada aos procedimentos expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento, para tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – CID-10.

CAPÍTULO II DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 4º. O Servidor Municipal, ativo, inativo e o pensionista, desde que seja Beneficiário Titular inscrito em um dos planos de Saúde do ICS poderá inscrever no Plano Dependentes - Enfermaria 21, todos aqueles a seguir:

- a) Os Filhos maiores de 18 anos (inclusive) e menores de 33 anos
- b) Os Cônjuges maiores de 18 anos (inclusive) e menores de 33 anos ou companheiro(a)s, na Constancia do casamento ou na união estável, dos beneficiários elencados na alínea a.
- c) Os filhos dos elencados na alínea "a" até 33 anos.

§ 1. – Não poderão ser incluídos como dependentes do Beneficiário Titular os pais ou irmãos dos elencados na alínea b.

§ 2º. Aquele que reunir condições de ser Beneficiário Titular (de outro plano de saúde do ICS) não poderá ser incluído como dependente neste plano, devendo aderir a um dos Planos, se desejar, como Beneficiário Titular.

§ 3. A adesão ao presente Plano é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento e dependerá da participação do Beneficiário Titular em um dos Planos de Saúde do ICS.

CAPÍTULO III DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 5º. Os Beneficiários serão excluídos do Plano nas seguintes situações:

- I. Com a exclusão do servidor público municipal ao qual estava vinculado;

- II. Com o falecimento;
- III. A qualquer tempo, havendo solicitação por escrito, assinada pelo Servidor Municipal ao qual está vinculado ou seu representante legal.
- IV Quando cada um dos beneficiários completar 33 anos de idade;

§ 1º. No caso do inciso III, a exclusão do Beneficiário será efetivada imediatamente pelo ICS, em atenção à solicitação por escrito do beneficiário titular, com posterior comunicação à Secretaria Municipal de Recursos Humanos, Diretoria de Recursos Humanos da Câmara Municipal de Curitiba ou Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Curitiba - IPMC, de acordo com o vínculo do Beneficiário, para interrupção da cobrança da contribuição em caso de pagamento por desconto em folha dos vencimentos/proventos dos beneficiários titulares.

§ 2º As contraprestações vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do Beneficiário.

§ 3º Nas hipóteses de afastamentos com interrupção total ou parcial do pagamento da remuneração do beneficiário titular compete ao Servidor pagar diretamente ao ICS eventuais débitos pendentes.

Art. 6. Os Beneficiários Dependentes serão excluídos do Plano nas seguintes situações:

- I. Com a exclusão do Beneficiário Titular ao qual estiver vinculado;
- II. Quando perderem condições de elegibilidade apontadas no art. 4º;
- III. Quando o Beneficiário Titular solicitar por escrito a exclusão do Dependente;

Parágrafo Único - As exclusões previstas nos itens anteriores serão realizadas imediatamente pelo ICS.

Art. 7º O Beneficiário titular exonerado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do ICS sobre a opção de manutenção da condição de Beneficiário de que gozava quando da vigência do vínculo estatutário.

I – O período de manutenção da condição de Beneficiário previsto no Caput será de um terço do tempo de contribuição ao Plano, ou plano sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma do art. 30 da Lei n.º 9.656/98.

II – A manutenção da condição de Beneficiário será assegurada a todos os dependentes do Servidor inscritos na vigência do vínculo estatutário podendo o direito ser exercido individualmente pelo Beneficiário Titular ou com parte de seu grupo familiar.

III – O Beneficiário titular poderá incluir novo cônjuge e filhos de seu dependente no período de manutenção da condição de beneficiário no plano de exonerados e demitidos.

IV – Em caso de morte do Beneficiário Titular exonerado, o direito de permanência no Plano é assegurado aos Beneficiários dependentes inscritos no ICS obedecida a forma e o prazo estipulados no caput.

V- - A condição de Beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos arts. 4º e 5º da RN n.º 279 de 2011 e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do Beneficiário Titular exonerado em novo emprego ou cargo público junto a Prefeitura Municipal de Curitiba - PMC, que possibilite seu ingresso em um Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial, Coletivo por Adesão ou de Autogestão;
- c) pelo cancelamento, pelo Município de Curitiba/Câmara Municipal de Curitiba do benefício do Plano Privado de Assistência à Saúde concedido aos seus servidores ativos, inativos, pensionistas e ex-servidores exonerados;

VI – É assegurado ao ex-servidor exonerado ou seus dependentes vinculados ao Plano, durante o período de manutenção da condição de Beneficiário garantida pelos arts. 30 e 31 da Lei 9656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no art. 28 da RN n.º 279 de 2011 c.c. art. 7º-C da RN n.º 186 de 2009, e suas posteriores alterações.

§1º. Nos casos em que o beneficiário titular estiver respondendo a processo por abandono de cargo, não percebendo qualquer remuneração, poderá recolher as mensalidades diretamente ao ICS, a fim de assegurar a condição de Beneficiário do Plano.

§ 2º. Nos casos de afastamento do beneficiário titular, sem ônus para o Município ou a Câmara Municipal de Curitiba, se este pretender manter seus dependentes nesse plano, deverá recolher as devidas mensalidades.

Art. 8º. Nos casos de exoneração do beneficiário titular a pedido e quando este manifestar o interesse de migrar para o plano de exonerados e demitidos será certo que seus dependentes vinculados, terão o direito a permanecer assistidos pelo ICS na mesma forma de contribuição adotada neste plano.

I – Em caso de morte do Beneficiário Titular exonerado, o direito de permanência no Plano é assegurado aos Beneficiários dependentes inscritos no ICS obedecida a forma e o prazo estipulados no caput.

Art. 9º. A cobertura assistencial prevista no presente Regulamento terá a vigência de 12 (doze) meses e se inicia, ressalvada a hipótese contida no Art. 20, §1º, a partir da solicitação de adesão pelo servidor ao Plano gerido pelo ICS, sendo renovada automaticamente a cada ano, no mês de aniversário do contrato do Beneficiário.

CAPÍTULO IV DAS COBERTURAS

Art. 10º. O ICS cobrirá os custos gerados pelos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, com obstetrícia, e pelos atendimentos odontológicos, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – CID-10, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, desde que o procedimento esteja expressamente previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento e, nos termos do art. 12, incisos I, II, III e IV da Lei 9656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções Normativas da ANS, no que se apliquem ao plano.

Art. 11. A cobertura ambulatorial abrange os serviços de saúde prestados nos estabelecimentos que integram a Rede Credenciada do ICS, garantida a cobertura unicamente dos procedimentos expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, observados os mecanismos de regulação descritos neste Regulamento e as Diretrizes de Utilização previstas no referido Rol e estabelecidas pela ANS, na seguinte forma:

I – Consultas médicas em número ilimitado nas clínicas básicas e nas demais especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive consultas obstétricas para pré-natal e puerpério;

II – Serviços auxiliares de diagnose e terapias ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, desde que indicados ou solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente, devidamente habilitado;

III – Materiais, medicamentos e insumos de utilização necessária para a realização dos procedimentos de diagnose e terapias referidos no item II supra, desde que registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

IV– Consulta e sessões terapêuticas com nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo, desde que solicitadas e indicadas pelo médico assistente, limitados ao número de sessões/consultas estabelecidas expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente a época do evento e previstas neste Regulamento;

V – Procedimentos de reeducação e reabilitação física expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento, desde que solicitados e indicados pelo médico assistente,

VI - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo atividades educacionais, consultas de aconselhamento para planejamento familiar, atendimento clínico, implante de dispositivo intra-uterino hormonal, incluído o dispositivo, e exame de SDHEA (sulfato de dehidroepiandrosterona);

VII – Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal ambulatorial contínua)_ e APD (diálise peritoneal automática);

VIII – Terapia oncológica medicamentosa, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que,

independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados em regime ambulatorial ou domiciliar, sob intervenção ou supervisão de profissionais de saúde, limitados aos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento;

IX – Radioterapia classificada como integrantes da segmentação ambulatorial, pela ANS;

X – Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial

XI – Hemoterapia ambulatorial;

XII – Cirurgias oftalmológicas expressamente listadas como ambulatoriais no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento;

XIII - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exceto fornecimento de materiais, medicamentos e insumos para uso em domicílio.

XIV – Litotripsia.

Parágrafo Único. Caso não haja prestador do serviço demandado disponível na Rede Credenciada do ICS, o Beneficiário deverá solicitar ao ICS a indicação de serviço habilitado para tal fim, sendo que o atendimento prestado será reembolsado conforme os critérios definidos no art. 45 deste Regulamento, sem prejuízo da aplicação do Fator Moderador de 30% estabelecido no item II do art. 40.

Art. 12. A cobertura hospitalar compreende os serviços prestados nas dependências das unidades de internação dos estabelecimentos de saúde que integram a Rede Credenciada do ICS, garantida unicamente a cobertura dos procedimentos expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento para a segmentação hospitalar, na forma que segue:

I – Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em enfermaria de até 2 (dois) leitos, em clínicas básicas e nas demais especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que indicada pelo médico assistente;

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

III – Custeio das despesas decorrentes dos internamentos referidos nos itens I e II supra, no que se refere aos honorários médicos e aos serviços hospitalares, considerando-se incluídos nestes as taxas de qualquer natureza decorrentes de uso da estrutura hospitalar, serviços de hotelaria com nutrição e serviços gerais de enfermagem, inclusive as despesas havidas com instrumentação cirúrgica quando houver e decorrer de procedimento cirúrgico autorizado pelo ICS, que serão custeadas através de reembolso, de acordo com valores da Tabela para Reembolso de Instrumentação Cirúrgica do ICS;

IV – Custeio das despesas decorrentes da utilização dos serviços auxiliares de diagnose e terapias (SADT) expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da - ANS vigente na data do evento para o segmento hospitalar com obstetrícia, desde que indispensáveis para a elucidação diagnóstica, acompanhamento e controle da evolução da doença, desde que realizados em conformidade com a prescrição do médico assistente durante o período de internação hospitalar. Incluem-se, nesta, cobertura o fornecimento de materiais, medicamentos e insumos em geral, incluindo-se os anestésicos, gases medicinais, terapias oncológicas e radioterapia;

V – Remoção em unidade de transporte sanitário adequado, para transferência de Beneficiários de um estabelecimento hospitalar ou serviço, também integrante da Rede Credenciada do ICS para outro estabelecimento hospitalar, desde que comprovada sua necessidade, assim como a sua viabilidade técnica, pelo médico assistente, limitada ao território de abrangência geográfica do Plano prevista neste Regulamento;

VI – Despesas com acompanhante, relativas à acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital, de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos e de pessoas portadoras de deficiências, conforme indicação do médico assistente;

VII – Cobertura das despesas de um acompanhante, indicado pela beneficiária em trabalho de parto, durante o parto ou pós-parto imediato, relativas à acomodação e alimentação fornecidas pelo Hospital;

VIII- Despesas com honorários do médico anestesiológista, desde que relacionados aos procedimentos expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, caso haja indicação clínica;

IX – Cobertura dos custos vinculados aos procedimentos hospitalares de transplante expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento, assim como dos seguintes procedimentos a eles vinculados:

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

X - Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada para restauração de órgãos e funções, desde que expressamente listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XI – Cirurgia plástica reconstrutiva da mama, para o tratamento de mutilações decorrentes de utilização de técnicas mutilantes realizadas para o tratamento do câncer;

XII – Órteses e próteses, desde que inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico e devidamente registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

XIII – Assistência hospitalar ao parto e intercorrências obstétricas;

XIV – Cobertura 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 Titular tenha cumprido a carência de 300 (trezentos) dias, para parto a termo, definida no Art. 19, inciso II;

XV – Procedimentos de alta complexidade e custo, necessários para o diagnóstico, estadiamento, acompanhamento da evolução ou controle da doença em assistência, desde que realizados em conformidade com indicação ou prescrição do médico assistente, e na Rede Credenciada do ICS para esse tipo de prestação de serviços, compreendendo:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD (diálise peritoneal ambulatorial contínua) e APD (diálise peritoneal automática);
- b) Terapia oncológica medicamentosa;
- c) Procedimentos radioterápicos;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral e enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Embolizações expressamente listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;

XVI – Honorários do profissional odontólogo, desde que devidamente habilitado pelo seu Conselho de Classe para a realização de procedimentos buco-maxilo-faciais em regime de internação hospitalar, para a realização de procedimentos odontológicos que, comprovadamente exijam sua realização em ambiente hospitalar;

XVII - Custeio dos serviços hospitalares alocados para a realização dos procedimentos buco-maxilo-faciais referidos no item XVI supra, considerando-se incluídos nestes as taxas decorrentes de uso da estrutura hospitalar de qualquer natureza, os serviços de hotelaria com nutrição e os serviços gerais de enfermagem;

XVIII– Cobertura das complicações resultantes da realização de procedimentos não cobertos pelo Plano Dependentes - Enfermaria 21, desde que codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – CID-10 nos itens Y40 a Y84.

§1. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste Regulamento, está assegurado independentemente do local de ocorrência do evento.

§2º. Para fazer jus ao reembolso das despesas havidas com instrumentação cirúrgica conforme descrito no item III, o beneficiário deverá protocolar o pedido de reembolso junto ao ICS no prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias da cirurgia, acompanhado da comprovação do pagamento efetuado através de Recibo ou Nota Fiscal original e discriminada, que deverá conter a identificação completa do beneficiário e do instrumentador cirúrgico e a descrição cirúrgica.

§3º. Nos casos de transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação vigente, o beneficiário sujeito a esse procedimento cirúrgico deverá estar inscrito em uma das CNCDO's – Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do SNT- Sistema Nacional de Transplantes e estará sujeito aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

§4º. Nos casos de recém nascido neto de Beneficiário titular ou filho de pensionista, à exceção do disposto no art. 4º alínea "c", assim que exaurido o prazo de cobertura de 30 (trinta) dias estabelecido no item XIV deste artigo, caso seja necessária a permanência do recém nascido em ambiente hospitalar, a responsabilidade do ICS ficará restrita tão somente ao transporte do recém nascido para uma unidade do SUS, desde que seja solicitado pelo médico assistente, não sendo responsável por quaisquer outras despesas de assistência que superarem este prazo.

Art. 13. O tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – CID-10 deverá priorizar o atendimento ambulatorial, devendo, a internação psiquiátrica, e em especial a internação psiquiátrica em regime integral, ser utilizada apenas como último recurso terapêutico, condicionado à indicação justificada do médico assistente. A cobertura assistencial a esses transtornos compreende:

a) Cobertura total dos custos decorrentes das internações psiquiátricas, em regime integral, até o 30º (trigésimo) dia de permanência, por ano de vigência da condição de Beneficiário do Plano Dependentes - Enfermaria 21, não cumulativos para os próximos períodos de vigências individuais do beneficiário;

b) Custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação psiquiátrica, em regime integral, ficando a coparticipação do Beneficiário, a partir dessa data, fixada em 50% (cinquenta por cento) do valor das tabelas praticadas pelo ICS na data do evento;

c) Cobertura dos internamentos psiquiátricos, na modalidade hospital-dia, desde que indicados pelo médico assistente, e limitado ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento e as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com participação fixada em 50% (cinquenta por cento) do valor das tabelas praticadas pelo ICS na data do evento, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia;

d) Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;

e) Atendimento a situações emergenciais que impliquem em risco de vida ou de prejuízos físicos ao paciente ou a terceiros, inclusive ameaças e/ou tentativas de suicídio e auto-agressão, bem como riscos de danos morais e patrimoniais importantes, a critério do médico assistente, desde que acompanhado da devida justificativa técnica;

f) Atendimento intensivo à psicoterapia de crise, prestado por um ou mais profissionais na área de saúde mental, tendo início logo após o atendimento de emergência, de acordo com os limites estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 14. Fica assegurada ao Beneficiário do ICS a cobertura dos procedimentos odontológicos expressamente listados no Rol de Procedimentos Odontológicos da - ANS vigente na data do evento e nos termos do art. 12, IV da Lei 9.656/98, desde que observados os mecanismos de regulação descritos neste Regulamento e as Diretrizes de Utilização definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, compreendendo:

I – consulta inicial, assim considerada, como aquela destinada a realização de exame clínico e de exames complementares de diagnose, objetivados ao estabelecimento do Plano de Tratamento;

II – atendimento de urgências e emergências odontológicas, assim consideradas como as destinadas a suprimir a dor (pulpectomia, extrações simples, tratamento de pericoronarite, pericementite, alveolite e drenagem de abscesso) ou realizar procedimentos necessários para garantir a integridade ou funcionalidade, como re-implante dentário e cimentações provisórias de trabalhos protéticos;

III - curativo pós-cirúrgico;

IV - consulta para condicionamento, assim considerada aquela realizada por odontopediatria necessária à criança de até 7 (sete) anos de idade para adaptação ao ambiente clínico e conseqüente aceitação aos procedimentos que forem necessários, no limite máximo de 2 (duas) consultas por ano;

V – todos os demais procedimentos odontológicos expressamente listados no Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento.

Parágrafo Único. O ICS poderá, a qualquer tempo, solicitar perícia especial no Beneficiário submetido aos procedimentos cobertos, visando dirimir dúvidas técnicas quanto aos procedimentos realizados.

CAPÍTULO V DA EXCLUSÃO DAS COBERTURAS

Art. 15. Estão excluídas de cobertura do Plano Dependentes - Enfermaria 21 as despesas que venham a decorrer de procedimentos não listados expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, além dos seguintes:

I – tratamento clínico ou cirúrgico experimental, que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

II – procedimentos clínicos ou cirúrgicos realizados para fins estéticos, bem como órteses e próteses, materiais, medicamentos ou insumos utilizados para o mesmo fim, ou seja, os que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III – inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e de espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tumora, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV – tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como internamentos em spas, clínicas de repouso estâncias hidrominerais ou outros estabelecimentos destinados para este fim;

V – materiais, medicamentos e insumos importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

VI – materiais, medicamentos e insumos destinados ao uso em domicílio, ou seja, indicados ou prescritos pelo médico assistente para utilização em ambiente externo ao de um estabelecimento de saúde integrante da Rede Credenciada do ICS, exceto aqueles expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

VII – materiais, medicamentos e insumos, mesmo que indicados ou prescritos pelo médico assistente, desde que tenham a comprovação da sua eficácia e/ou efetividade reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

VIII – próteses, órteses, materiais cirúrgicos especiais e seus acessórios, não vinculados ao ato cirúrgico coberto pelo Plano Dependentes - Enfermaria 21;

IX – tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X – doenças ou eventos determinados por cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XI – procedimentos de qualquer natureza prestados por estabelecimentos de asilamento, abrigo ou acolhimento de idosos;

XII - despesas hospitalares não incluídas na diária como telefonemas, aluguel de televisão, dietas não prescritas, lavagem de roupas, etc;

XIII - Serviços de enfermagem em caráter particular;

XIV - Avaliações pedagógicas ou vocacionais;

XV - Avaliações de natureza ocupacional;

XVI - Atendimento médico ou de outros profissionais de saúde em domicílio;

XVII - Aluguel de equipamentos e similares, disponibilização de materiais e medicamentos para tratamento domiciliar;

XVIII - Transporte sanitário a partir da residência do usuário;

XIX - Internações que não exijam procedimentos médicos ou odontológicos em ambiente hospitalar;

XX- Vacinas;

XXI- Necrópsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXII – Acidentes de Trabalho e Doenças profissionais, bem como os exames, consultas e procedimentos requeridos pelo Programa de Saúde Ocupacional, e pela Perícia Médica da Secretaria Municipal de Recursos Humanos do Município de Curitiba ou pela Diretoria de Recursos Humanos da Câmara Municipal de Curitiba;

XXIII- Exame de DNA para comprovação de paternidade;

XXIV – Todo e qualquer atendimento coberto, porém, prestados antes do início da vigência individual do Beneficiário, ou se este estiver em período de carência;

XXV – Procedimentos terapêuticos tais como fisioterapia aquática (hidroterapia), equoterapia, fisioterapia pelos métodos Peditasuit, Therasuit, Theratogs, Bobath, Treini, Cuevas-Medek, musicoterapia, psicoterapia pelo método ABA, estimulação visual, estimulação transcraniana magnética, eletroconvulsoterapia, Fonoaudiologia Eletroestimulação, Fonoaudiologia Kinesiotape, Integração Sensorial, Terapia Ocupacional Bobath, Fonoaudiologia disfagia, Fonoaudiologia para Dislexia pelo

método Panlexia, Órtese Theratogs, Estimulação Visual Comportamental, Estimulação Cognitiva, Terapia Treini, Psicomotricidade Comportamental, Fonoaudiologia pelo método ABA, Terapia Ocupacional com Integração Sensorial, Psicomotricidade Relacional, Psicopedagogia, Psicologia pelo método Floortime, dentre outros.

Art. 16. Estão excluídas de cobertura na segmentação odontológica as despesas decorrentes de procedimentos não listados expressamente no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento, além dos seguintes:

I – atendimento odontológico em ambiente domiciliar, assim como em ambiente hospitalar, a exceção dos casos previstos no Art. 12, incisos XVI e XVII;

II – procedimentos para correção estética, à exceção das previstas no Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS Vigente na data do evento;

III – tratamentos experimentais, materiais, medicamentos e insumos importados, exames de laboratório, implantes e transplantes, bem como procedimentos com utilização de metais preciosos ou porcelanas fundidas;

IV – tratamentos ortodônticos;

V – quaisquer atendimentos odontológicos necessários em decorrência de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outro evento que lese, maciçamente, a população beneficiária;

VI – Todo e qualquer atendimento coberto, porém, prestados antes do início da vigência individual do Beneficiário, ou se este estiver em período de carência;

CAPÍTULO VI DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 17. Para a utilização dos serviços de saúde previstos neste Regulamento e disponibilizados através da Rede Credenciada do ICS é indispensável, por parte do estabelecimento de saúde que realizará o atendimento, a identificação do Beneficiário, com a devida certificação junto ao sistema informatizado SISREG-Sistema de Regulação, Informação e Controle do ICS, da sua situação de regularidade perante o ICS, o que deverá ser feito, obrigatoriamente, através da apresentação de um documento oficial de identidade com foto do Beneficiário.

§ 1º. É facultativa a apresentação do documento de identificação de Beneficiário (carteirinha) emitido pelo ICS, para atendimento junto à Rede Credenciada do ICS;

§ 2º. Constitui falta grave do Beneficiário a cessão a terceiros de seu documento de identificação emitido pelo ICS;

§ 3º. Na hipótese de constatação da falta mencionada no parágrafo anterior, poderá ser aplicada a suspensão dos direitos do Beneficiário titular envolvido, assim como de seus

dependentes cadastrados, por intervalo de tempo a ser fixado pela Diretoria do ICS, assegurando o direito de ampla defesa;

§ 4º. O documento de identificação do Beneficiário do ICS (carteirinha) deverá ser devolvido por ocasião do desligamento do Plano Dependentes - Enfermaria 21.

CAPÍTULO VII DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 18. Aos servidores públicos municipais, que formalizem o pedido de ingresso dos beneficiários elencados no Art 4º, no Plano Dependentes - Enfermaria 21 em até 30 (trinta) dias da posse no cargo público vinculado à Administração Municipal de Curitiba, possibilitarão aos inscritos a gozar desde logo das coberturas previstas neste Regulamento.

Art. 19. Aos Beneficiários que não aderirem ao Plano Dependentes - Enfermaria 21 nos prazos previstos no Art. 18, serão aplicados os seguintes prazos de carência, contados a partir do seu ingresso ou reingresso no Plano:

- I) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência;
- II – 300 (trezentos) dias para assistência ao parto a termo;
- III) 30 (trinta) dias para consultas;
- IV) 60 (sessenta) dias para exames de apoio e diagnóstico e procedimentos terapêuticos simples(*);
- V) 180 (cento e oitenta) dias para exames de apoio e diagnóstico e procedimentos terapêuticos especiais;
- VI) 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas, cirúrgicas e demais serviços hospitalares cobertos;
- VII) 180 (cento e oitenta) dias para saúde mental.
- VIII – 180 (cento e oitenta) dias para todos os demais procedimentos.

(*) Entende-se por Exames Simples: Hemograma Completo, Raio X de Tórax, Glicemia de Jejum, Eletrocardiograma, Parcial de Urina, Parasitológico de Fezes.

Art. 20. Aplicar-se-ão os prazos de carência definidos no Art. 19 aos Beneficiários que retornarem ao Plano após solicitação de exclusão.

§1º. O Beneficiário já vinculado ao ICS, permanecerá com a cobertura assistencial que gozava, independentemente do cumprimento de carência, salvo se optar pelo desligamento do Plano, por período superior a 30 dias.

§2º. O Beneficiário que solicitar o retorno ao Plano Dependentes - Enfermaria 21, dentro do prazo de 30 (trinta) dias após a formalização do pedido de desligamento, ficará isento do cumprimento de prazos de carência, limitado ao primeiro pedido de reingresso.

§3º. Os beneficiários que solicitarem seu reingresso no Plano Dependentes - Enfermaria 21 após o prazo de 30 (trinta) dias do cancelamento deverão cumprir os prazos de carência estabelecidos no art. 19.

CAPÍTULO VIII DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 21. O Beneficiário que não aderir ao Plano Dependentes - Enfermaria 21 no prazo estipulado no art.18, ou que retornar ao Plano após 30 (trinta) dias da solicitação de exclusão, deverá preencher a Declaração de Condições Gerais de Saúde, devendo informar a condição sabida de lesão ou doença pré-existente, de si e de seus dependentes, que ensejará a Cobertura Parcial Temporária (CPT), ficando suspensa a cobertura, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses a partir da adesão ao Plano, para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões pré-existentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal.

§ 1º. Para fins de aplicação do disposto no *caput*, o Beneficiário Titular deverá preencher, para si e seus dependentes, a Declaração de Saúde no ato da adesão ao Plano, informando as Doenças ou Lesões Pré-Existentes das quais tenha conhecimento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei 9656/98.

§ 2º. Para fins das condições gerais do presente Regulamento, entende-se por Declaração das Condições Gerais de Saúde o preenchimento de um formulário elaborado pelo ICS, para registro de informações sobre as Doenças ou Lesões de que o Beneficiário saiba ser portador ou sofrendor no momento da contratação ou adesão contratual.

§ 3º. Para fins das condições gerais do presente Regulamento, entende-se por DLP - Doenças ou Lesões Preexistentes aquelas doenças e lesões que o Beneficiário saiba ser portador no momento da contratação do plano.

§ 4º. Para fins das condições gerais do presente Regulamento entende-se por CPT - Cobertura Parcial Temporária, a suspensão por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário.

§ 5º. O Beneficiário Titular deverá preencher a Declaração das Condições Gerais de Saúde, fazendo constar quando houver, os antecedentes mórbidos pessoais e/ou dos seus dependentes, bem como a condição sabida de Doença ou Lesão Preexistente, previamente à assinatura da mesma, SOB PENA DE IMPUTAÇÃO DE FRAUDE, IMPLICANDO A SUSPENSÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO.

§ 6º. O Beneficiário Titular poderá solicitar a indicação de um médico credenciado ao ICS para auxiliar no preenchimento da sua declaração de saúde (entrevista qualificada) e a de seus dependentes, sem qualquer ônus.

§ 7º. Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais do ICS, o ônus dessa entrevista fica a cargo do Beneficiário.

§ 8º. Fica vedada a alegação de omissão de informação de DLP - Doença ou Lesão Preexistente quando for realizado pelo ICS qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

§ 9º. Sendo constatada pelo ICS, na Declaração das Condições Gerais de Saúde e/ou na Entrevista Qualificada de Saúde ou mesmo durante os 24 (vinte e quatro) meses iniciais de contrato, contados da data de inclusão de cada Beneficiário respectivamente, a existência de Lesão ou Doença Preexistente, anterior à vigência individual, e que possa gerar impacto nos custos do ICS, os Beneficiários estarão sujeitos a CPT - Cobertura Parcial Temporária, sendo facultado ao ICS o oferecimento do Agravo como opção à CPT - Cobertura Parcial Temporária.

§ 10º. Não haverá aplicação das determinações da cláusula de CPT - Cobertura Parcial Temporária ou Agravo nos casos de doença e lesão preexistente, desde que:

I - O Beneficiário formalize seu pedido de ingresso no Plano Dependentes - Enfermaria 21 no prazo de até 30 (trinta) dias da sua posse no cargo público junto à Prefeitura Municipal de Curitiba e a Câmara Municipal de Curitiba.

II - Decorridos os 24 (vinte e quatro) meses da CPT - Cobertura Parcial Temporária, o ICS passará a cobrir dentro dos limites deste contrato, as coberturas contratuais referentes às Doenças ou Lesões Preexistentes, cessando-se assim a referida CPT - Cobertura Parcial Temporária.

III - Durante o período de 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual de cada Beneficiário, o ICS poderá comprovar através de qualquer documento ou informações obtidos de forma legal, o conhecimento prévio dos Beneficiários sobre suas condições quanto à existência de Doença ou Lesão Preexistente.

IV - A omissão do Beneficiário ao prestar as informações poderá ser caracterizada como comportamento FRAUDULENTO, SUJEITO À SUSPENSÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO, cabendo ao ICS o ônus da prova.

V - Constatada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano, o Beneficiário deverá ser comunicado imediatamente pelo ICS.

VI - Caso o Beneficiário não concorde com a alegação, o ICS deverá encaminhar a documentação pertinente para a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação. Se solicitada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Beneficiário deverá remeter a documentação necessária para instrução do processo.

VII - Após julgamento e acolhida a alegação do ICS pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - 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.

VIII - O ICS garantirá o atendimento ao Beneficiário até o resultado do julgamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. O acolhimento da alegação do ICS implica

no ressarcimento pelo Beneficiário de todas as despesas até então custeadas pelo ICS, acrescido de juros legais e correção monetária pela média IGP/INPC desde a data do desembolso até o efetivo pagamento.

IX - O ressarcimento a que se refere o artigo anterior, deverá ser efetuado pelo Beneficiário Titular no prazo máximo de 30 dias a contar da comunicação do ICS por Aviso de Recebimento – AR diretamente ao ICS.

X - Entende-se por Agravo qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga pelo Beneficiário ao ICS, para que tenha direito integral à cobertura contratada, inclusive para a doença ou lesão preexistente declarada, a qual dar-se-á apenas após o cumprimento dos prazos de carências contratuais negociadas entre o ICS e o Beneficiário.

CAPÍTULO IX DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 22. Considera-se emergência os casos que impliquem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 23. Considera-se urgência os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 1º. Caracteriza-se como acidente pessoal o evento ocorrido em data específica e devidamente caracterizada, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos, involuntários e violentos, causador de lesões físicas não decorrentes de doenças, tais como acidente de carro, quedas, inalação de gases.

§ 2º. Caracterizam-se como complicações no processo gestacional as alterações havidas durante a gestação, tais como eclampsia, parto prematuro, diabetes, abortamento.

Art. 24. Os casos de urgência/emergência serão cobertos de acordo com o estabelecido neste artigo.

I - Aos Beneficiários que tenham cumprido suas carências será garantida a cobertura integral dos procedimentos ambulatoriais realizados para o atendimento de situação de urgência/emergência;

II - Aos Beneficiários que tenham cumprido suas carências haverá cobertura integral de todos os procedimentos que se fizerem necessários para o atendimento da urgência/emergência em regime de internação hospitalar;

III - O ICS se responsabilizará pelo transporte sanitário adequado de Beneficiário, em atendimento de situação de urgência/emergência, sempre que o estabelecimento de saúde da Rede Credenciada do ICS que se encontrar com o Beneficiário não detiver as condições de prestar o atendimento necessário;

IV - O Beneficiário que se encontre em período de carência terá garantida as seguintes coberturas:

IV.a) A cobertura de atendimento de urgência resultante de acidente pessoal será integral após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato;

IV.b) A cobertura de atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional e/ou emergência será restrita às 12 (doze) primeiras horas de atendimento ambulatorial, ou até que haja necessidade de internação, ficando, nestes casos, garantida a remoção para unidade de atendimento da rede do SUS, para a continuidade do atendimento.

IV.b.1) Quando não houver possibilidade de remoção, por risco de vida ou por incapacidade de absorção do paciente em um hospital SUS ou outro, o Beneficiário e o prestador de serviços que realizou o atendimento ambulatorial de urgência/emergência coberto pelo ICS deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o ICS desse ônus;

IV.b.2) Quando o paciente e seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, o ICS estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro do que se fizer necessário para a continuidade da assistência.

V – Caso o atendimento ocorra durante o período de CPT – Cobertura Parcial Temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será limitada ao regime ambulatorial até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não sendo garantidos os atendimentos que demandem evento cirúrgico, leito de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade, sendo garantida a remoção para uma unidade SUS através de transporte sanitário adequado.

Art. 25. Nas situações de urgência/emergência, quando não for possível a utilização dos serviços disponibilizados através da Rede Credenciada do ICS, será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes do atendimento em outros serviços, exclusivamente para os atendimentos realizados na área de abrangência prevista neste Regulamento, observando-se o estabelecido neste artigo.

§ 1º. O reembolso deverá ser solicitado mediante a apresentação dos documentos hábeis abaixo relacionados, todos nos originais, devidamente quitados e discriminados por procedimento realizado, com indicativo do valor unitário de cada procedimento, a data de realização, bem como o nome do Beneficiário:

- a) relatório médico do atendimento realizado, onde conste o diagnóstico, mesmo que provisório, de conformidade com a Classificação Internacional de Doenças (C.I.D 10) e a devida caracterização médica da imprescindibilidade do atendimento realizado em caráter de urgência/emergência;
- b) identificação do médico assistente, com sua assinatura sobre carimbo com nome e CRM;
- c) identificação pelo código, conforme a tabela TUSS, de todos os procedimentos que compuseram o atendimento;
- d) resultados, laudos ou descrição, conforme o caso, dos procedimentos realizados;
- e) comprovação dos pagamentos efetuados através de Recibo ou Nota Fiscal original e discriminada, que deverá conter a identificação completa do Beneficiário e do emitente.

§ 2º. O Beneficiário tem o prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias a contar da data da ocorrência para apresentar a documentação acima listada.

§ 3º. Os processos de reembolso serão liquidados, após análise da auditoria do ICS e observados os critérios de regulação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento, pelo ICS, da documentação completa.

§ 4º. O valor do reembolso, para os procedimentos onde se aplica o fator moderador (coparticipação) será limitado a 70% (setenta por cento) dos valores da “Tabela de Reembolso para Atendimentos de Urgência e Emergência do Programa de Serviços de Assistência Social Médico-Hospitalar e Afim dos Servidores do Município de Curitiba”, editada pelo ICS, em função da aplicação do fator moderador de 30% (coparticipação).

§ 5º. Caso o valor apresentado pelo Beneficiário seja menor do que o previsto na Tabela de Reembolso, referida no parágrafo anterior, o reembolso será igual ao valor de face da Nota Fiscal/Recibo, deduzido, se for o caso, o valor do fator moderador.

CAPÍTULO X DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 26. Todos os procedimentos eletivos deverão ser realizados na Rede Credenciada do ICS e dependerão de autorização prévia.

Art. 27. Fica garantido o atendimento aos prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para agendamento de consultas médicas, desde que o acesso se dê conforme estabelecido neste artigo.

§1º. A consulta inicial eletiva em especialidade básica (clínica geral, pediatria, ginecologia e cirurgia geral) deverá ser agendada através do Sistema de Marcação de Consultas do ICS;

§ 2º. As consultas especializadas decorrentes de encaminhamento da consulta inicial básica serão agendadas através do Sistema de Marcação de Consultas do ICS.

Art. 28. Os atendimentos básicos de Odontologia (triagem, clínica geral e odontopediatria) deverão ser agendados através do Sistema de Marcação de Consultas do ICS.

Art. 29. Os atendimentos nas especialidades odontológicas somente se darão mediante encaminhamento da triagem do ICS.

Parágrafo Único. Não haverá procura direta para os serviços de odontologia da Rede Credenciada do ICS, exceto nos casos de urgência/emergência.

Art. 30. O agendamento de consultas poderá ser realizado por demanda direta do Beneficiário aos profissionais especialistas da Rede Credenciada do ICS, ficando, nesse tipo de situação, o ICS, desobrigado das garantias de prazo máximo de espera.

Art. 31. As consultas de retorno deverão ser agendadas pelo próprio médico assistente.

Art. 32. Os serviços auxiliares de diagnose e terapia de baixa e média complexidade, desde que solicitados pelo médico assistente, terão autorização prévia sumária.

Art. 33. Os serviços auxiliares de diagnose e terapia de alta complexidade e as terapias especiais terão sua autorização vinculada à análise de auditoria do ICS.

Art. 34. As terapias de apoio serão liberadas mediante encaminhamento do médico assistente, observando-se os limites estabelecidos neste Regulamento, bem como o disposto neste artigo.

Parágrafo Único. A requisição médica para tratamento fisioterápico deverá ser renovada a cada 10 (dez) sessões.

Art. 35. Os internamentos hospitalares eletivos somente serão liberados mediante solicitação específica, emitida pelo médico assistente, a qual deverá conter o diagnóstico ou a hipótese diagnóstica, de conformidade com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde – CID-10 e o tipo de tratamento indicado, de conformidade com a tabela de procedimentos do ICS vigente na ocasião do evento. O número de diárias hospitalares, bem como a discriminação e descrição, se for o caso, das próteses, órteses, materiais e insumos especiais necessários para a consecução do tratamento indicado, deverão integrar a solicitação de internamento.

Parágrafo Único. Desde que solicitado pelo médico assistente e mediante a análise de cada caso, o ICS poderá autorizar prorrogações do período de internação, mudanças de procedimentos, ou outras alterações que se fizerem necessárias em relação às solicitações e autorizações inicialmente efetivadas.

Art. 36. Em caso de necessidade de informações complementares às fornecidas pelo prestador de serviços, para a liberação de procedimentos, o ICS poderá solicitar a realização de perícia médica no Beneficiário

Art. 37. Os atendimentos de urgência/emergência ambulatoriais e/ou hospitalares prescindirão de autorização prévia do ICS.

Art. 38. Todos os serviços prestados a título de atendimento de urgência/emergência serão objeto de auditoria do ICS após a sua realização.

Art. 39. O ICS somente se responsabilizará pelos procedimentos realizados quando:

- a) indicados pelo médico assistente;
- b) justificados tecnicamente quanto à sua indicação;
- c) demonstrada a caracterização médica da imprescindibilidade da sua realização
- d) estiverem expressamente listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.

Parágrafo Único. Nos casos de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse dar-se-á através de junta constituída nos termos da Resolução Normativa – RN n.º 424 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou outra que

vier a substituí-la, a qual será composta pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, pelo médico do ICS e por um terceiro escolhido de comum acordo pelos dois profissionais, e cuja remuneração ficará a cargo do ICS.

CAPÍTULO XI DA COPARTICIPAÇÃO E DOS LIMITES

Art. 40. A aplicação do fator moderador ou coparticipação do Beneficiário no custeio dos procedimentos se dará conforme estabelecido neste artigo.

I – auxílio de 100% (cem por cento) e fator moderador de 0% (zero por cento) para os seguintes procedimentos:

- a) internamento em enfermaria (dois leitos), em UTI e em unidade de cuidados intermediários;
- b) hemodiálise CAPD (diálise peritoneal ambulatorial contínua) e APD (diálise peritoneal automática);
- c) terapias oncológicas medicamentosas;
- d) radioterapia;
- e) hemodinâmica e angiografia;
- f) colocação de órteses e próteses (exceto as odontológicas);
- g) curativos em pacientes queimados;
- h) litotripsia.

II – auxílio de 70% (setenta por cento) e fator moderador 30% (trinta por cento) para os seguintes procedimentos:

- a) serviços profissionais (consultas e outros procedimentos) realizados a nível ambulatorial;
- b) serviços auxiliares de diagnose (exames) e terapias realizados a nível ambulatorial;
- c) procedimentos odontológicos compreendendo consultas, tratamentos e exames complementares específicos da área da odontologia, realizados a nível ambulatorial;
- d) terapias de apoio compreendendo psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição, desde que expressamente listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, com sessões limitadas as quantidades estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 1º. Os valores relativos à coparticipação ou fator moderador serão cobrados através de Boleto Bancário ou por desconto na folha de pagamento do Servidor Contratante. Nos casos em que os valores relativos ao fator moderador não forem saldados através de Boleto Bancário ou por de desconto em folha de pagamento, por qualquer motivo, o Beneficiário será notificado e deverá saldar a dívida no prazo de até 60 dias, sob pena de cancelamento do Plano ou cobrança judicial.

§ 2º. As consultas, exames e tratamentos de saúde realizados, inclusive aqueles prestados através de serviços contratados, que não tenham seguido os mecanismos de regulação técnica e administrativa explicitados neste Regulamento não serão considerados de responsabilidade do ICS, devendo o Beneficiário arcar com as despesas deles decorrentes, pagando-as diretamente ao prestador de serviços.

§ 3º. O Beneficiário que optar por se utilizar de acomodações superiores àquelas disponibilizadas pelo Plano, em internação autorizada pelo ICS, se responsabilizará pelo pagamento de todas as despesas correspondentes às diferenças entre os valores cobrados pelo hospital e seus terceiros e os correspondentes estabelecidos no contrato em vigência entre este e o ICS.

§ 4º. Caso o ICS seja judicialmente demandado a custear algum dos procedimentos descritos no item II deste artigo, permanecerá a incidência do fator moderador de 30% (trinta por cento), a ser descontado através de *Boleto Bancário ou por* da folha de pagamento do Beneficiário Titular de acordo com o estabelecido no § 1º deste artigo.

Art. 41. O ônus decorrente da ausência do Beneficiário a consulta médicas, sessões de psicologia, fonoaudiologia, nutrição e consultas odontológicas, ou tratamento agendado nos serviços disponibilizados pelo ICS será cobrado do Beneficiário tendo como limite os valores da tabela de procedimentos do ICS, praticada à época da ocorrência, desde que o cancelamento não tenha sido realizado (em dias úteis) no prazo de 24 (vinte e quatro) horas de antecedência do horário agendado.

CAPÍTULO XII

DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 42. Os Beneficiários do ICS poderão utilizar o sistema de reembolso para acesso aos prestadores de serviço que não integram a Rede Credenciada do ICS apenas para a realização de consultas médicas nas especialidades reconhecidas pelo CFM.

Art. 43. O valor máximo do reembolso referido no Art. 42 a ser pago pelo ICS será limitado a 70% (setenta por cento) dos valores da “Tabela de Reembolso para o Sistema de Acesso a Livre Escolha de Prestadores do Instituto Curitiba de Saúde”, editada pelo ICS, em função da aplicação do fator moderador de 30% (coparticipação).

§ 1º. Caso o valor despendido pelo Beneficiário para o pagamento da consulta seja menor que o valor máximo referido no parágrafo anterior, o reembolso será igual ao valor comprovadamente pago pelo Beneficiário através de Nota Fiscal ou Recibo de serviços profissionais.

§ 2º. O valor do reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na Rede Credenciada do ICS, ressalvada a aplicação do fator moderador.

Art. 44. A tabela referida no Art. 43 estará disponível na página do ICS na Internet (www.ics.curitiba.org.br) bem como, para consulta, na sede do ICS.

Art. 45. O reembolso deve ser solicitado mediante a apresentação da Nota Fiscal ou Recibo de Serviços Profissionais, originais, contendo:

a) nome completo do Beneficiário;

b) nome completo e n.º de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico realizador da consulta;

c) descrição do procedimento realizado (consulta médica);

d) data da realização da consulta e da emissão do Recibo ou Nota Fiscal.

§1º. O Beneficiário tem o prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias a contar da data da ocorrências para apresentar a documentação acima listada.

§2º. Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento, pelo ICS da documentação completa.

CAPÍTULO XIII OS MEIOS DE DIVULGAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 46. As informações sobre a Rede Credenciada do ICS será disponibilizada aos Beneficiários através da página do ICS na Internet (www.ics.curitiba.org.br).

Art. 47. É facultada ao ICS a substituição de estabelecimento hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 1º. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade do ICS durante o período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e o ICS, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente.

§ 2º. Excetuam-se do previsto no Parágrafo anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, quando o ICS arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

CAPÍTULO XIV DA FORMAÇÃO DO PREÇO E DO REAJUSTE

Art. 48. O pagamento pelos serviços prestados pelo ICS poderá ser realizado através de Boleto Bancário ou por desconto em folha dos vencimentos/proventos dos beneficiários titulares inscritos em um dos Planos de Saúde ofertados pelo ICS, de acordo com os valores definidos na Tabela de Preços e Faixas Etárias deste Plano disponível no Portal do ICS.

§ 1º. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

§ 2º. Os percentuais dos reajustes deverão ser devidamente comunicados à ANS.

§ 3º. Além do reajuste previsto no parágrafo anterior, o plano será reajustado conforme tabela de variação de faixas etárias, sempre que o beneficiário mudar de faixa, sendo aplicado no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário.

Faixas Etárias	Percentual de Variação
00 (zero) a 18 (dezoito) anos	0,00 %;
19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	28,00 %;
24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	10,00 %;
29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	10,00 %;
34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	10,00 %;
39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	12,00 %;
44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	34,00 %;
49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	28,00 %;
54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	28,00 %;
59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais	40,00 %.

§ 4º. O recolhimento das parcelas em atraso deverá ser realizado diretamente no ICS, incidindo multa moratória de 2,00% (dois por cento) e juros moratórios de 0,033% (trinta e três milésimos por cento) ao mês, a ser calculado sobre o valor da(s) parcela(s) em atraso.

CAPÍTULO XV DA SUSPENSÃO E RESCISÃO DOS SERVIÇOS

Art. 49. A prestação de serviços será suspensa pelo ICS depois de transcorridos 60 (sessenta) dias de inadimplência do Beneficiário Titular, consecutivos ou não, nos 12 (doze) meses anteriores, nas hipóteses previstas neste regulamento para o adimplemento direto ao ICS, desde que o Beneficiário Titular seja notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, consecutivo ou não.

Art. 50. O Beneficiário que, por qualquer motivo, tiver o valor total de seu pagamento ou vencimento insuficiente para viabilizar o desconto para o ICS, deverá comparecer espontaneamente ao ICS para proceder ao pagamento direto de sua contribuição pessoal e patronal, até o quinto dia útil do mês subsequente.

§ 1º. Caso o Beneficiário não compareça ao ICS para proceder ao recolhimento direto das contribuições será considerado inadimplente, aplicando-se o disposto no art. 49 deste regulamento e artigo 13 Inciso II da Lei n.º 9.656/98.

§ 2º. No caso de redução dos vencimentos, o valor a ser recolhido diretamente ao ICS será a diferença entre o valor total devido e o valor efetivamente descontado dos vencimentos do Beneficiário.

CAPÍTULO XVI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 51. Qualquer plano de saúde, seguro saúde ou resseguro que o Beneficiário mantenha para cobrir todos ou alguns dos serviços cobertos por este Regulamento será considerado concorrente com este, respondendo cada parte pelas despesas, na proporção dos seus limites de coberturas e atendimentos.

Art. 52. Cabe ao ICS a fiscalização rigorosa e a adoção de medidas de penalidades quando constatadas irregularidades cometidas pelos Beneficiários, assegurada ampla defesa.

Art. 53. O ICS não se responsabilizará por qualquer procedimento dos Beneficiários que contrarie as normas e rotinas contidas no presente Regulamento, bem como pelo pagamento oriundo de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diferente do aqui exposto, ou cuja cobertura não esteja prevista no presente instrumento.

Art. 54. Os casos omissos deste Regulamento serão deliberados pelo Conselho de Administração do ICS.

Art. 55. Em caso de perda da Carteirinha de Identificação, o Beneficiário deverá informar imediatamente ao ICS e solicitar a 2ª (segunda) via da carteirinha, ao custo de R\$ 20,00 (vinte reais), valor este que será reajustado anualmente tomando-se como base o índice de reajuste concedido ao servidor público municipal no período.

Art. 56. A Carteirinha de Identificação de Beneficiário deve ser devolvida obrigatoriamente quando do desligamento do Plano ou exclusão de algum Beneficiário, sob pena de responsabilidade do Beneficiário Titular por danos, prejuízo e/ou pelo uso do sistema de assistência à saúde por Beneficiário excluídos e não comunicados ao ICS.

Art. 57. Fazem parte do presente Regulamento a Proposta de Adesão, a Declaração das Condições de Saúde dos Beneficiários, a Declaração de Cobertura Parcial Temporária - CPT com os respectivos procedimentos não cobertos pelo período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, nos casos em que haja necessidade as Tabelas de Reembolso, o Guia do Beneficiário, o Manual de orientação e o Guia de Leitura Contratual.

Art. 58. O ICS responsabilizar-se-á pelos atendimentos realizados, respeitados os limites previstos neste contrato, bem como nos contratos firmados como os médicos credenciados e/ou estabelecimentos de saúde, integrantes da Rede Credenciada do ICS vinculada ao presente plano.

Art. 59. Qualquer tolerância das partes em relação ao disposto no presente Regulamento não importará em precedente, novação ou alteração, cujos termos continuarão exigíveis a qualquer tempo. Ressalva-se que não é admitida às partes qualquer presunção de conhecimento de circunstâncias que não constem neste Regulamento.

Art. 60. O Beneficiário titular obriga-se a comunicar ao ICS as alterações cadastrais, bem como seu novo endereço em caso de mudança, e não o fazendo, assumem inteira responsabilidade por eventuais danos ou transtornos que advirem por avisos e comunicações que deixar de receber, inclusive o cancelamento por inadimplência, caso haja impossibilidade de comunicação via postal com A.R. (Aviso de Recebimento).

Art. 61. Nos casos de inadimplência, presentes os requisitos legais, o O Beneficiário titular admite a natureza da dívida líquida, certa, exigível e cobrável, inclusive por processo de execução, dos valores das mensalidades atrasadas, acrescidos da multa e dos juros de mora previstos no presente Regulamento.

Art. 62. As despesas extraordinárias (aquelas não previstas ou não sujeitas na Cobertura do presente plano, como refeições para acompanhantes, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento de atendimento), deverão ser pagas diretamente ao estabelecimento pelo Beneficiário titular, sem direito a ressarcimento por parte do ICS.

Art. 63. Em atendimento aos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e regulamentação complementar, as CONTRATANTES confirmam o aceite e concordância com a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais instituída pelo ICS, para prestação dos serviços de saúde conforme descrito neste regulamento, inclusive em relação às crianças e adolescentes, comprometendo-se a identificar atuais e futuros beneficiários do plano de saúde contratado.

Art. 64. A íntegra do documento contendo a informação sobre os tipos de dados coletados, a forma de sua utilização e os procedimentos para o exercício dos direitos dos titulares se encontra disponibilizada no link: <https://ics.curitiba.org.br/politica-de-privacidade>.

Art. 65. Os beneficiários titulares e dependentes de qualquer plano de saúde do ICS poderão participar, sem ônus, do clube de descontos denominado ICS + Vantagens, cujas regras de utilização estão dispostas no portal da operadora.

CAPÍTULO XVII DO FORO

Art. 66. Fica eleito o Foro da Comarca de Curitiba para dirimir quaisquer questões decorrentes do presente Regulamento.

ANEXO I



Operadora: Instituto Curitiba de Saúde
CNPJ: 03.518.900/0001-13
Nº. de registro na ANS: nº 41901-0
site: www.ics.curitiba.org.br
Telefone: | 41 | 3330-6066

DIFERENÇAS ENTRE PLANOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletivos são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletiva por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão avalie a compatibilidade entre seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde:

CARÊNCIA	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei 9.656/1998: 24 horas para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitido a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimentos de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimentos de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 (trinta) dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer a cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravio, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN 162/2007.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente de alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por falha e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Coletivo Empresarial

Com 30 participantes ou mais

Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.

financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes aplicados nos contratos coletivos.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contratos e atendendo a RN nº 63/2003.

ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral inativada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nest plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo de benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para o plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem o prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou

combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998. A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação da Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência ou CPT considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administração de benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contactar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque - ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



INSTITUTO CURITIBA DE SAÚDE

Operadora: Instituto Curitiba de Saúde
CNPJ: 03.518.900/0001-13
Nº de registro na ANS: nº 41901-0
Nº de registro do produto: 481.203/18-4
site: www.ics.curitiba.org.br |
Telefone: | 41 | 3330-6066

**Página do
Contrato**

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e Lesões pré-existentes - DLP - são aqueles existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	

		Página do Contrato
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque - ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



INSTITUTO CURITIBA DE SAÚDE

Rua Santo Antônio, 400 - Rebouças
Curitiba/PR - CEP: 80.230-110
www.ics.curitiba.org.br

ANS Nº 41901-0