

**Regulamento do Plano
Empresas Básico
Enfermaria 21**

**REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE
EMPRESAS BASICO ENFERMARIA 21
DO 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 DA CONTRATANTE

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço:

Doravante denominada simplesmente de CONTRATANTE

DADOS DO PRODUTO

Nome Comercial – Plano Empresas Básico - Enfermaria 21

Número de Registro do Plano na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS –
489.891/21-5

Tipo de Contratação – PESSOA JURÍDICA COLETIVO EMPRESARIAL

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

Área de Abrangência Geográfica do Plano de Saúde - Municipal

Área de Atuação do Plano de Saúde - Curitiba

Padrão de Acomodação em Internação – Acomodação Coletiva - Enfermaria

Formação de Preço – Pré Estabelecido

Participação – Com Co-Participação

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Instituto Curitiba de Saúde – ICS me entregou, ANTES DA ASSINATURA DO CONTRATO, o Manual para Contratação de Planos de Saúde – (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), cujas cópias TAMBÉM seguem anexas a este Regulamento.

☐ Conforme previsto no Art. 52, deste Regulamento, e considerando que no ato da contratação do Plano de Saúde junto ao ICS, o número de beneficiários vinculados seja de até 29 (vinte e nove), OPTO pela participação do Pool de Risco, para efeitos dos cálculos de reajuste previsto nas alíneas I a V do mesmo artigo.

☐ Conforme previsto no Art. 52, deste Regulamento, e considerando que no ato da contratação do Plano de Saúde junto ao ICS, o número de beneficiários vinculados seja de até 29 (vinte e nove), OPTO pela NÃO participação do Pool de Risco, para efeitos dos cálculos de reajuste previsto nas alíneas I a V, ciente que a regra aplicada será a prevista nas alíneas VI e VII do mesmo artigo.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura do Contratante

CAPÍTULO I DO OBJETIVO

Art. 1º. O presente Regulamento tem por objetivo disciplinar o Plano Empresas Básico - 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 Plano de Saúde firmado entre a CONTRATANTE e o ICS, figura junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como o Plano Empresas Básico - 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 internamento em enfermaria (dois leitos) - Enfermaria 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, com acomodação em Enfermaria, tendo como objeto a cobertura assistencial dos Funcionários da CONTRATANTE e seus respectivos dependentes, regularmente inscritos na forma deste Regulamento.

Art. 3º. O Plano Empresas Básico - 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 9.656/1998, visando à assistência médica-hospitalar, 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 – CID-10, da Organização Mundial de Saúde.

CAPÍTULO II DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 4º. São Beneficiários Titulares do Plano Empresas Básico - Enfermaria 21 todos os Sócios; Administradores e Funcionários, ativos, da CONTRATANTE.

Parágrafo Único. 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 no Plano.

Art. 5º. O Beneficiário Titular poderá inscrever como seu dependente no Plano Empresas Básico - Enfermaria 21 todos aqueles elencados a seguir:

- a) Cônjuge ou companheiro(a), na constância do casamento ou união estável;
- b) Os filhos menores não emancipados, exceto se a emancipação for decorrente de colação de grau científico;
- c) Os filhos de qualquer idade, definitivamente inválidos, desde que a invalidez seja anterior ao fato gerador do benefício e desde que solteiros e sem renda;

d) O enteado ou filho do companheiro(a) do beneficiário titular que, por determinação judicial, esteja sob sua guarda e, comprovadamente, sob sua dependência e sustento, e não seja credor de alimentos e nem receba benefício previdenciário do Município ou de outro Regime de Previdência;

e) O menor, que por determinação judicial esteja sob a tutela ou guarda do beneficiário titular em processo de adoção e, comprovadamente, sob sua dependência e sustento, e não seja credor de alimentos e nem receba benefício previdenciário do Município ou de outro Regime de Previdência.

§ 1º. Fica garantida a inscrição do filho adotivo menor de 12 (doze) anos, como dependente, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário Titular adotante, desde que a inscrição seja requerida no prazo de 30 (trinta) dias após a formalização da adoção.

§ 2º. Fica garantida a inscrição do recém-nascido filho de beneficiário titular, natural ou adotivo, como dependente, com isenção de carência, desde que a inscrição seja requerida no prazo de 30 (trinta) dias após o nascimento.

Art. 6º. Os menores de 18 (dezoito) anos somente poderão ser incluídos como beneficiários de um contrato com a OPERADORA, quando tiverem um responsável com idade superior a 18 (dezoito) anos e capaz civilmente, que o represente ou assista, podendo este ser ou não beneficiário.

Art. 7º. O(A) CONTRATANTE solicitará em formulário próprio fornecido pela OPERADORA, a inscrição dos beneficiários titulares e dependentes através de propostas de inscrição individuais.

Art. 8º. As alterações no quadro de beneficiários decorrente de inclusões, exclusões e desistência de inscrições, deverão ser comunicadas por escrito, em formulário próprio fornecido pela OPERADORA, pelo(a) CONTRATANTE até o dia 15 (quinze) de cada mês, para que haja tempo hábil para alteração da fatura mensal referente ao próximo mês.

CAPITULO III DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 9º. Os Beneficiários titulares serão excluídos do Plano nas seguintes situações:

I. Com perda do vínculo com a CONTRATANTE;

II. Com o falecimento;

III. A qualquer tempo, havendo solicitação por escrito, assinada pelo Beneficiário Titular ou seu representante legal.

§ 1º. No caso do inciso III, a exclusão do Beneficiário será efetivada imediatamente pelo ICS, em atenção à solicitação por escrito.

§ 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 Titular.

Art. 10. 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. 5º;
- III. Quando o Beneficiário Titular solicitar por escrito a exclusão do Dependente;

§ 1º. Quando o Beneficiário Titular solicitar a sua exclusão e/ou de algum Dependente deste plano de saúde, o(a) CONTRATANTE deve comunicar ao ICS pelo mesmo meio utilizado nas demais movimentações, mas em protocolo separado, informando que a exclusão é a pedido do Beneficiário Titular, bem como os dados de Telefone Celular e e-mail do beneficiário.

§ 2º. As exclusões previstas nos itens anteriores serão realizadas imediatamente pelo ICS.

CAPITULO IV

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 11º. Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados pelo INSS e exonerado a pedido ou não.

Art. 12º. Nos casos de demissão, sem justa causa, exoneração a pedido ou não e aposentadoria pelo INSS, o Beneficiário Titular, e seus dependentes vinculados, terão o direito a permanecer assistidos pelo ICS, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando de seu vínculo com a CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, e das coparticipações, observadas as seguintes condições:

I – O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-funcionário será de um terço do tempo de contribuição ao Plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

II – A manutenção da condição de beneficiário será assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido sem justa causa, exonerado a pedido ou não e demitido sem justa causa, aposentado pelo INSS, inscritos na vigência do vínculo empregatício, podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-funcionário ou com parte de seu grupo familiar, podendo o prazo máximo estabelecido no inciso I ser ultrapassado sem limitação, desde que haja a continuidade da contraprestação por parte do Beneficiário Titular.

III – O beneficiário demitido sem justa causa, exonerado a pedido ou não e aposentado pelo INSS, deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do vínculo empregatício.

IV – Em caso de morte do beneficiário titular demitido sem justa causa, exonerado a pedido ou não e aposentado pelo INSS, o direito de permanência no Plano é assegurado aos beneficiários dependentes inscritos no ICS obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Titular, desde que assumam o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, bem como suas coparticipações.

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) pelo cancelamento, pelo CONTRATANTE do Plano Privado de Assistência à Saúde concedido aos seus Funcionários ativos;

VI – É assegurado ao beneficiário titular do plano, demitido sem justa causa, exonerado a pedido ou não e aposentado pelo INSS e 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.

VII - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido sem justa causa, exonerado a pedido ou não e aposentado pelo INSS causa não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

VIII - O ex-empregado demitido sem justa causa, exonerado a pedido ou não e aposentado pelo INSS poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

Art. 13º. Nos casos de aposentadoria pelo INSS, o Beneficiário Titular, e seus dependentes vinculados, terão o direito a permanecer assistidos pelo ICS, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando de seu vínculo com a CONTRATANTE, desde que assumam o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, e das coparticipações, observadas as seguintes condições:

I – O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado pelo INSS será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

II – Os prazos determinados nas alíneas anteriores poderá ser ultrapassado sem limitação, desde que haja a continuidade da contraprestação por parte do Beneficiário Titular.

III – Ao empregado aposentado pelo INSS que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

IV – O direito de manutenção assegurado ao beneficiário aposentado pelo INSS não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

V – O ex-empregado aposentado pelo INSS poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

CAPÍTULO V DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 14º. A cobertura assistencial prevista no presente Regulamento terá a vigência de 12 (doze) meses e se inicia, na data da assinatura deste Contrato pela CONTRATANTE, sendo renovada automaticamente a cada ano, no mês de aniversário do Contrato.

Art. 15º. Findo o prazo de vigência contratual, o contrato será prorrogado automaticamente por prazo indeterminado, desde que não haja manifestação em contrário, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento, sendo vedada a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CAPÍTULO VI DAS COBERTURAS

Art. 16º. O ICS cobrirá os custos gerados pelos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, com obstetrícia, 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. 17. 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 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 - 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 – 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 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. 48 deste Regulamento, sem prejuízo da aplicação do Fator Moderador de 30% estabelecido no item II do art. 43.

Art. 18. 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 - 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, 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 anestesiológico, 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 - 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. 23, 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 e previstos no Rol de Procedimentos na Segmentação de cobertura 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 Empresas Básico - 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 de parto coberto pelo ICS de neto de Beneficiário Titular, 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. 19. 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 Empresas Básico - Enfermaria 21, do ICS, não cumulativos;
- 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 - ANS vigente na data do evento e as Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- 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.

CAPÍTULO VII DA EXCLUSÃO DAS COBERTURAS

Art. 20. Estão excluídas de cobertura do Plano Empresas Básico - 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, assim como internamentos em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

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 Empresas Básico - 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 cobertos por este plano 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.

CAPÍTULO VIII DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 21. 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, e os custos envolvidos serão cobrados da CONTRATANTE;

§ 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 Empresas Básico - Enfermaria 21**.

CAPÍTULO IX DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 22. Caso a CONTRATANTE mantenha desde o início de vigência contratual um número igual ou superior a 30 (trinta) Beneficiários, não haverá exigência do cumprimento dos prazos de carência do beneficiário que ingressar no presente Regulamento em até 30 (trinta) dias da celebração deste, ou de sua vinculação à CONTRATANTE.

Parágrafo Único. Os dependentes, assim qualificados conforme Art. 5º, que vierem a ser incluídos no **Plano Empresas Básico - Enfermaria 21** no mesmo período que o beneficiário Titular, mediante pedido formal, também passarão a gozar desde logo das coberturas previstas neste Regulamento.

Art. 23. Aos Beneficiários que não aderirem ao **Plano Empresas Básico - Enfermaria 21** nos prazos previstos no Art. 22, serão aplicados os seguintes prazos de carência, contados a partir do seu ingresso ou reingresso no Plano:

Cobertura Médica Hospitalar:

- 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 (conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente).

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

Art. 24. Aplicar-se-ão os prazos de carência definidos no Art. 23 aos beneficiários que retornarem ao Plano após solicitação de exclusão.

CAPÍTULO X DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

Art. 25. Todos os Beneficiários que aderirem ao **Plano Empresas Básico - Enfermaria 21** deverão preencher para si e para seus Dependentes inscritos no Plano, 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 proponente a beneficiário 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 consumidor 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 cláusula de CPT - Cobertura Parcial Temporária ou Agravo nos casos de doença e lesão preexistente, desde que:

I – O(a) CONTRATANTE mantenha um número de participantes maior ou igual que 30 (trinta); e

II – O beneficiário formalize seu pedido de ingresso no prazo de até 30 (trinta) dias da vigência inicial deste contrato ou de sua vinculação ao(a) CONTRATANTE.

III – 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.

IV – 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.

V – 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.

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

VII – 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.

VIII – 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.

IX – 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 INPC desde a data do desembolso até o efetivo pagamento.

X – 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.

Art. 26º. 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(A) CONTRATANTE.

I – O Agravo será firmado entre as partes através de aditivo contratual, no qual constará o valor ou percentual de acréscimo das contraprestações pecuniárias e o respectivo período de vigência do Agravo.

II – No caso de oferecimento do Agravo, a OPERADORA efetuará o cálculo num prazo de 15 (quinze) dias úteis do recebimento da Proposta de Inscrição e do preenchimento das Declarações das Condições Gerais de Saúde, estabelecendo o valor a ser acrescido à contraprestação pecuniária.

III – O referido prazo de 15 (quinze) dias poderá ser prorrogado a critério da OPERADORA caso seja necessária a realização de exames clínicos ou perícias no beneficiário titular ou

em seus dependentes, de acordo com as informações prestadas por ocasião da Declaração das Condições Gerais de Saúde.

IV - Ainda que não haja a possibilidade de exigência de cláusula de CPT - Cobertura Parcial Temporária ou Agravado, poderá ser exigido o cumprimento dos prazos de carência previstos neste Regulamento.

V – Caso o número de beneficiários seja inferior à 30 (trinta), poderá haver cláusula de CPT - Cobertura Parcial Temporária ou Agravado em casos de doença ou lesão preexistente nos termos da legislação específica, assim como a exigência de cumprimento de prazos de carência.

CAPÍTULO XI DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 27. 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. 28. 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. 29. 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. 30. 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”, 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 XII DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 31. Todos os procedimentos eletivos deverão ser realizados na rede de prestadores de serviços contratados do ICS e dependerão de autorização prévia.

Art. 32. 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. 33. 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. 34. As consultas de retorno deverão ser agendadas pelo próprio médico assistente.

Art. 35. Os serviços auxiliares de diagnose e terapia de baixa e média complexidade, desde que solicitados pelo médico assistente, terão autorização prévia sumária.

Art. 36. 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. 37. 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. 38. 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. 39. 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. 40. Os atendimentos de urgência/emergência ambulatoriais e/ou hospitalares prescindirão de autorização prévia do ICS.

Art. 41. Todos os serviços prestados a título de atendimento de urgência/emergência serão objeto de auditoria do ICS após a sua realização.

Art. 42. 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 e suas atualizações, 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 XIII DA COPARTICIPAÇÃO E DOS LIMITES

Art. 43. 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) 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 - ANS.

§ 1º. O percentual de 30 % (trinta por cento) é limitado a R\$ 100,00 por quantidade de procedimento liberado, sendo que um mesmo exame realizado mais de uma vez é considerado pelo número dessa quantidade liberada.

§ 2º. Os valores relativos à coparticipação ou fator moderador serão cobrados da CONTRATANTE, que poderá a seu critério descontar dos seus Funcionários.

§ 3º. 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.

§ 4º. 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.

§ 5º. 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 da folha de pagamento do beneficiário titular de acordo com o estabelecido no § 1º deste artigo.

Art. 44. O ônus decorrente da ausência do beneficiário a consulta médicas, sessões de psicologia, fonoaudiologia e nutrição 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 XIV **DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

Art. 45. Os beneficiários do ICS poderão utilizar o sistema de reembolso para acesso aos prestadores de serviço que não integram a Rede Credenciada do ICS para a realização de consultas médicas nas especialidades reconhecidas pelo CFM.

Art. 46. O valor máximo do reembolso referido no Art. 45 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. 47. A tabela referida no Art. 46 estará disponível na página do ICS na Internet (www.ics.curitiba.org.br) bem como, para consulta, na sede do ICS.

Art. 48. O reembolso deve ser solicitado mediante a apresentação da comprovação dos pagamentos efetuados através de 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 XV OS MEIOS DE DIVULGAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 49. As informações sobre a rede de serviços contratados do ICS será disponibilizada aos beneficiários através da página do ICS na Internet (www.ics.curitiba.org.br).

Art. 50. 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 XVI DA FORMAÇÃO DO PREÇO

Art. 51º. A formação do preço das mensalidades do presente plano dar-se á através da modalidade de pré-pagamento, ou seja, os valores das mensalidades são estabelecidos antes da utilização das coberturas pelo(s) beneficiário(s).

I – O valor total da contraprestação pecuniária referente a este Regulamento é o resultado da somatória das contraprestações pecuniárias dos beneficiários titulares e de seus dependentes considerados em razão das respectivas faixas etárias.

II – No ato da assinatura deste contrato o CONTRATANTE pagará à OPERADORA o valor da primeira Contraprestação Pecuniária geral como taxa de implantação.

III – As demais Contraprestações Pecuniárias deverão ser pagas sucessiva e mensalmente na data base da assinatura do presente contrato ou quando o vencimento ocorrer em dia feriado ou em que não haja expediente na rede bancária ou local indicado pela OPERADORA, no primeiro dia útil subsequente.

IV – O valor das Contraprestações Pecuniárias referentes a este contrato será discriminado em fatura única emitida mensalmente em nome do CONTRATANTE.

V – O não recebimento do boleto ou outro instrumento de cobrança não desobriga o CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

VI – O recebimento de parcelas em atraso pela OPERADORA constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual, transação ou alteração do dia de vencimento do presente contrato.

VII – O pagamento antecipado das Contraprestações Pecuniárias não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

VIII – Em caso de atraso na liquidação, o CONTRATANTE deverá pagar uma multa moratória de 2% (dois por cento) do débito em aberto e juros moratórios de 0,033% (trinta e três milésimos por cento) ao mês calculado dia a dia, a ser calculado sobre o valor da(s) parcela(s) em atraso.

IX – O pagamento da Contraprestação Pecuniária referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados os débitos anteriores.

CAPÍTULO XVII DO REAJUSTE

Art. 52º. Caso na data de contratação e durante a vigência contratual, o número de beneficiários vinculados seja de até 29 (vinte e nove), este contrato poderá integrar a critério do CONTRATANTE, conforme documento de opção anexo a este, o agrupamento de contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

I – A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

II – Para estabelecimento do número de participante do contrato, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a planos diferentes.

III – Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos a seguir:

IV – O percentual de reajuste será calculado de acordo com a proporção entre a receita (mensalidades) e as despesas assistenciais (utilização) do agrupamento de empresas com até 29 (vinte e nove) beneficiários, apurados nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores ao mês de abril de cada ano, ficando desde já estabelecida a meta de utilização (Sm) de 70% (setenta por cento), conforme fórmula a seguir:

$$R = (S/Sm) - 1$$

Onde: R – Índice de reajuste a ser aplicado ao agrupamento em (%)

S – Sinistralidade do agrupamento nos últimos 12 (doze) meses

Sm – Meta de sinistralidade

V – A OPERADORA publicará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, em seu endereço na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste com seus respectivos códigos (conforme sistema RPC da ANS), e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

VI – Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste conforme os critérios estabelecidos a seguir:

VII – O percentual de reajuste será estabelecido através de negociação prévia entre as partes, tomando como base a proporção entre a receita (mensalidades) e as despesas assistenciais (utilização) da empresa, apurados nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores ao mês de aplicação do reajuste, ficando desde já estabelecida a meta de utilização (Sm) de 70% (setenta por cento), conforme fórmula a seguir:

$$R = (S/Sm) - 1$$

Onde: R – Índice de reajuste a ser aplicado ao agrupamento em (%)

S – Sinistralidade do agrupamento nos últimos 12 (doze) meses

Sm – Meta de sinistralidade

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

IX – Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

X – Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

XI – Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CAPÍTULO XVIII FAIXAS ETÁRIAS

Art. 53°. Este Regulamento possui cobrança determinada de acordo com as faixas etárias de cada Beneficiário incluído no plano e a discriminação das referidas Faixas e Percentuais de Reajuste entre elas está dividida da seguinte forma:

Faixa Etária	Idades	Variação %
1ª faixa	00 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;	0,00 %;
2ª faixa	19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;	28,00 %;
3ª faixa	24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;	10,00 %;
4ª faixa	29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;	10,00 %;
5ª faixa	34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;	10,00 %;
6ª faixa	39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;	12,00 %;
7ª faixa	44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;	34,00 %;
8ª faixa	49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;	28,00 %;
9ª faixa	54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;	28,00 %;
10ª faixa	59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais;	40,00 %.

I – Com relação aos percentuais de variação em cada mudança de faixa etária, o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, ao passo que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

II – A aplicação efetiva do reajuste por mudança de faixa etária ocorrerá no mês subsequente ao do aniversário do beneficiário.

CAPÍTULO XIX DA SUSPENSÃO E RESCISÃO DOS SERVIÇOS

Art. 54. Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nestas condições gerais, o presente contrato também será rescindido de pleno direito, nas hipóteses e condições a seguir:

I – O presente contrato será rescindido no caso de não pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência contratual, desde que a OPERADORA tenha comunicado o(a) CONTRATANTE sua condição de inadimplência até o 50º (quinquagésimo) dia de atraso consecutivo ou não.

II – O beneficiário e/ou CONTRATANTE que por fraude comprovada obtiver vantagem, descontos ou benefícios indevidos, que causem ou não lesão aos direitos da OPERADORA, deverá ressarcir todos os prejuízos causados, acrescidos de juros legais e correção monetária calculada pela média INPC desde o desembolso até o efetivo pagamento.

III – A exclusão de beneficiários somente poderá ocorrer mediante solicitação escrita do(a) CONTRATANTE a ser encaminhada à OPERADORA com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final da vigência contratual.

IV - Na rescisão, o(a) CONTRATANTE deverá recolher e devolver os cartões de identificação dos beneficiários titulares e dos respectivos dependentes.

V – A rescisão contratual por iniciativa do(a) CONTRATANTE antes de completada a vigência contratual mínima de 12 (doze) meses, enseja cobrança de multa no percentual de 10% (dez por cento) das mensalidades vincendas devidas até o vencimento do contrato, assim como ao pagamento das mensalidades vencidas, caso haja.

VI – A rescisão imotivada deste contrato somente poderá acontecer após a vigência inicial de 12 (doze) meses e mediante notificação prévia da outra parte, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência.

CAPÍTULO XX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 55. 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. 56. Cabe ao ICS a fiscalização rigorosa e a adoção de medidas de penalidades quando constatadas irregularidades cometidas pelos beneficiários, assegurada ampla defesa.

Art. 57. 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. 58. Os casos omissos deste Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração do ICS, que decidirá por voto da maioria simples dos seus membros presentes.

Art. 59. Em caso de perda da Carteira de Identificação, o beneficiário deverá informar imediatamente ao ICS e solicitar a 2ª (segunda) via da carteira, ao custo de R\$ 20,00 (vinte reais), valor este que será reajustado anualmente tomando-se como base o índice de reajuste concedido a este Contrato.

Art. 60. A Carteira 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. 61. Fazem parte do presente Regulamento a Proposta de Adesão, a Declaração das Condições de Saúde dos beneficiários, a tabela de percentuais de variação por faixa etária, 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 a rede credenciada específica para o contrato; o Rol de Procedimentos editado pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações, disponível no site “WWW.ans.gov.br”.

Art. 62. O ICS responsabilizar-se-á pelos atendimentos realizados, respeitados os limites previstos neste Regulamento, bem como nos contratos firmados com os médicos credenciados e/ou estabelecimentos de saúde, integrantes da Rede Credenciada vinculada ao presente plano.

Art. 63. 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. 64. O(a) CONTRATANTE e o beneficiário obrigam-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. 65. Nos casos de inadimplência, presentes os requisitos legais, o(a) CONTRATANTE e o beneficiário admitem 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. 66. 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, sem direito a ressarcimento por parte do ICS.

I – O(A) CONTRATANTE poderá solicitar a transferência de plano para seus beneficiários, decorridos 12 (doze) meses deste contrato, caso haja interesse. No entanto, obrigatoriamente, seus beneficiários estarão sujeitos ao cumprimento das carências para os novos procedimentos ou acomodações superiores não inclusos no presente plano.

II – Em caso de transferência de plano, não poderá o(a) CONTRATANTE renunciá-la, por um período mínimo de 12 (doze) meses, contado a partir da referida transferência.

Art. 67. 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 cientificar atuais e futuros beneficiários do plano de saúde contratado.

Art. 68. 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. 69. 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 XXI DO FORO

Art. 70. 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:

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	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



Operadora: Instituto Curitiba de Saúde
CNPJ: 03.518.900/0001-13
Nº de registro na ANS: nº41901-0
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 N° 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