

ASCP

Regulamento

Plano de Assistência à Saúde
Santa Casa de Porto Alegre



Índice

Capítulo I	Do Plano e suas Finalidades	03
Capítulo II	Dos Beneficiários	08
Capítulo III	Da Inscrição e Desligamento	09
Capítulo IV	Da Identificação e Forma de Utilização dos Serviços	14
Capítulo V	Dos Prestadores de Serviços e Mecanismos de Regulação	15
Capítulo VI	Das Coberturas	18
Seção I	Consultas Médicas e Procedimentos Vinculados	18
Seção II	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento - SADT	19
Seção III	Internações Hospitalares e Cirurgias Ambulatoriais	21
Seção IV	Padrão de Acomodação em Internação Hospitalar	23
Seção V	Transplantes	23
Seção VI	Transtornos Psiquiátricos	24
Seção VII	Odontológicas	25
Capítulo VII	Dos Serviços e Despesas Não Cobertos	29
Capítulo VIII	Da Carência	32
Capítulo IX	Do Custeio	34
Capítulo X	Do Reembolso	39
Capítulo XI	Das Disposições Gerais	40
Capítulo XII	Das Disposições Finais	41
Anexo I	Contribuição Mensal das Associadas Patrocinadoras	41
Anexo II	Tabela de Custeio - Contribuição Mensal dos Beneficiários.....	41
Anexo III	Critérios de Atualização de Encargos	43

Capítulo I

DO PLANO E SUAS FINALIDADES

Artigo 1º - Por este Regulamento, reger-se-á o PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SANTA CASA DE PORTO ALEGRE - ASCP, composto pelos produtos de que trata o parágrafo único deste artigo, de acordo com a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, da CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, entidade de autogestão multipatrocinada, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.315.431/0001-72, registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o n.º 30.731-9.

Parágrafo Único - Os produtos constantes deste Regulamento, devidamente registrados junto a ANS, do tipo de contratação coletivo por adesão, classificados como planos novos, de modalidade pré-pagamento, de autogestão, patrocinados, de segmentação assistencial ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, de área geográfica de abrangência e atuação municipal, são assim denominados:

a) **ASCP - E: Plano de Assistência à Saúde Santa Casa de Porto Alegre Empregados** - produto registrado junto a ANS sob o n.º 455.807/07-3; e,

b) **ASCP - 3: Plano de Assistência à Saúde Santa Casa de Porto Alegre Dependentes Indiretos, Aposentados e Ex-Empregados**, registrado junto a ANS sob o n.º 455.817/07-1.

Artigo 2º - Neste Regulamento o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural, a menos que o contexto indique o contrário. Sempre que, neste Regulamento, for feita referência a Plano ou ASCP estará tratando das regras comuns aos produtos mencionados no parágrafo único, do Art. 1º, ASCP - E e ASCP - 3. Quando o texto deste Regulamento indicar o ASCP - E ou o ASCP - 3, tratará de regra específica de um ou outro produto. Para efeitos deste Regulamento, entende-se como:

I - **ACIDENTE PESSOAL**: é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torna necessária a INTERNAÇÃO HOSPITALAR ou o atendimento em regime AMBULATORIAL do BENEFICIÁRIO.

II - **AGRAVO**: o acréscimo no valor da MENSALIDADE por conta de doença ou lesão preexistente.

III - AMBULATORIAL: serviços assistenciais prestados em regime de não INTERNAÇÃO HOSPITALAR, tais como CONSULTA MÉDICA, exames de análises clínicas e tratamento fisioterápico.

IV - ASSOCIADA PATROCINADORA: a ASSOCIADA PATROCINADORA INSTITUIDORA, as ASSOCIADAS PATROCINADORAS FUNDADORAS, e as ASSOCIADAS PATROCINADORAS POR CONVÊNIO DE ADESÃO, como tais definidas no Estatuto Social da CABERGS, que aderirem a este Regulamento.

V - ASSOCIADOS: as pessoas físicas, como tais definidas na alínea "a" do inciso V, do Art. 2º, do Regulamento Geral da CABERGS, empregados, de qualquer categoria, oriundos dos quadros funcionais da ASSOCIADA PATROCINADORA.

VI - AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: instrumento pelo qual o Plano autoriza previamente a realização de determinados procedimentos.

VII - BENEFICIÁRIOS: as pessoas físicas, como tais definidas no Art. 4º, inscritas no ASCP.

VIII - CABERGS: Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul.

IX - CARÊNCIA: intervalo de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da DATA DE INSCRIÇÃO, durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá as COBERTURAS asseguradas neste Regulamento.

X - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL: documento emitido pela CABERGS para cada BENEFICIÁRIO do Plano, que servirá para sua identificação e facilitará seu atendimento junto a REDE CREDENCIADA REFERENCIADA.

XI - CID: denominação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª Revisão, da Organização Mundial de Saúde - OMS, e daqueles que vierem a substituí-la.

XII - COBERTURA ou PROCEDIMENTO COBERTO: é o conjunto de procedimentos ELETIVOS ou PROGRAMÁVEIS, de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, relacionado no Capítulo VI - Das Coberturas, deste Regulamento, garantido ao BENEFICIÁRIO.

XIII - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da COBERTURA de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade por conta de doença ou lesão preexistente.

XIV - CONSULTA MÉDICA: é o atendimento médico que compreende anamnese, o exame físico, a conclusão diagnóstica, o prognóstico e a prescrição terapêutica.

XV - CONVÊNIO DE ADESÃO: instrumento formal celebrado entre a CABERGS e a ASSOCIADA PATROCINADORA, aprovado pelo Conselho de Administração, em que esta adere integralmente aos preceitos e condições estatutárias e regulamentares da CABERGS e estabelece, quando for o caso, condições especiais para o atendimento dos BENEFICIÁRIOS.

XVI - CONTRA-REFERÊNCIA: ato formal de encaminhamento das informações pertinentes ao BENEFICIÁRIO, ao serviço de origem que o referiu - PORTA DE ENTRADA -, após a resolução pelo MÉDICO-ASSISTENTE da causa responsável pela REFERÊNCIA, acompanhadas daquelas necessárias à continuidade do tratamento ou para simples registro do atendimento.

XVII - CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à CABERGS, por uso de uma determinada COBERTURA, após a realização do procedimento.

XVIII - DATA DE INSCRIÇÃO: data do recebimento pela CABERGS do TERMO DE ADESÃO, devidamente preenchido e assinado pelo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, em relação a ele e/ou seus DEPENDENTES, a partir da qual passará a contar o prazo quanto aos direitos e deveres do BENEFICIÁRIO, tais como: pagamento da MENSALIDADE, cumprimento de CARÊNCIAS e garantia de COBERTURAS.

XIX - DÉFICIT: é o valor negativo correspondente, ao final de cada período, à diferença entre as RECEITAS e as DESPESAS do ASCP.

XX - DEPENDENTE: que compreende os DEPENDENTES DIRETOS E INDIRETOS, como tais definidos no Regulamento Geral da CABERGS.

XXI - DESPESA: todos os gastos do ASCP, tais como: custo dos serviços assistenciais para concessão de COBERTURAS, despesas financeiras e administrativas.

XXII - DIRECIONAMENTO: regra pela qual os procedimentos somente poderão ser realizados em determinados serviços da REDE CREDENCIADA, previamente definidos pela CABERGS.

XXIII - EMERGÊNCIA: é o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o BENEFICIÁRIO. Para a caracterização da EMERGÊNCIA a CABERGS poderá exigir a apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.

XXIV - ELETIVO ou PROGRAMADO: é todo o atendimento médico ou odontológico que não configurar URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA.

XXV - FUNDO DO ASCP: é o valor destinado à manutenção do Plano, onde são registrados os resultados de SUPERÁVIT e/ou DÉFICIT do ASCP.

XXVI - GRUPO FAMILIAR: todos os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, DIRETOS E INDIRETOS, inscritos na forma regulamentar, oriundos de um mesmo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, além dele próprio.

XXVII - HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO: condição exigida para a COBERTURA de serviços cuja realização depende de procedimento anterior que indique sua necessidade.

XXVIII - INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o período no qual o BENEFICIÁRIO fica hospitalizado para realização de ato cirúrgico, tratamento clínico ou procedimento de obstetrícia.

XXIX - ISCMPA: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ou Complexo Hospitalar Santa Casa.

XXX - LPO: Lista de Procedimentos Odontológicos da CABERGS, que estabelece os preços máximos a serem pagos à REDE CREDENCIADA, para atendimento dos procedimentos odontológicos.

XXXI - MECANISMO DE REGULAÇÃO: ações de controle ou regulação, tanto no momento da demanda, quanto no da utilização dos serviços, tais como: CO-PARTICIPAÇÃO (TPD - Taxa de Participação nas Despesas), AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, DIRECIONAMENTO, PORTA DE ENTRADA, REFERÊNCIA, CONTRA-REFERÊNCIA e HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO.

XXXII - MÉDICO-ASSISTENTE: é o médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada no BENEFICIÁRIO.

XXXIII - MENSALIDADE ou CONTRIBUIÇÃO MENSAL: valor devido pelo BENEFICIÁRIO, a título de contribuição, de periodicidade mensal, corrido e ininterrupto, segundo sua faixa etária, que tem a finalidade de custear a sua parte no Plano em que se encontra inscrito.

XXXIV - PERÍCIA: qualquer procedimento investigativo realizado por médico ou odontólogo, com o intuito de constatar o estado físico e/ou mental do BENEFICIÁRIO, para fins de comprovação da sua invalidez, para AUTORIZAÇÃO PRÉVIA de procedimentos ou avaliação dos serviços prestados.

XXXV - PORTA DE ENTRADA: serviço estruturado para oferecer aos BENEFICIÁRIOS atendimento médico e/ou paramédico, em regime AMBULATORIAL e ELETIVO, de alta resolutividade, e onde, caso necessário, será feito o encaminhamento a serviço especializado, REFERÊNCIA. A PORTA DE ENTRADA poderá ser constituída de serviços próprios ou contratados pela CABERGS.

XXXVI - PRO RATA DIE: critério de cobrança da MENSALIDADE, proporcional ao número de dias decorridos no mês da inscrição ou do desligamento, em relação ao mês, assim considerado de 30 (trinta) dias.

XXXVII - RECEITA: todas as receitas do ASCP, tais como: TAXA DE INSCRIÇÃO, CONTRIBUIÇÃO MENSAL e remuneração do FUNDO DO ASCP.

XXXVIII - REDE CREDENCIADA: prestadores de serviços contratados diretamente pela CABERGS para atendimento aos seus BENEFICIÁRIOS.

XXXIX - REDE CREDENCIADA REFERENCIADA: prestadores de serviços da REDE CREDENCIADA que atendem aos BENEFICIÁRIOS do ASCP.

XL - REEMBOLSO: é o ressarcimento ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL das despesas relativas aos PROCEDIMENTOS COBERTOS, realizados por ele ou por seus DEPENDENTES, conforme Capítulo X.

XLI - REFERÊNCIA: ato formal de encaminhamento do BENEFICIÁRIO para um serviço especializado e/ou de maior complexidade, após a constatação da insuficiência de capacidade resolutiva pela PORTA DE ENTRADA.

XLII - ROL DE PROCEDIMENTOS: procedimentos médicos e odontológicos definidos pelo órgão governamental competente para os segmentos ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológico.

XLIII - SUPERÁVIT: é o valor positivo correspondente, ao final de cada período, à diferença entre as RECEITAS e as DESPESAS do ASCP.

XLIV - TAXA DE ADMINISTRAÇÃO: valor que se destina à cobertura das despesas administrativas do Plano.

XLV - TAXA DE INSCRIÇÃO: valor devido pelo BENEFICIÁRIO, uma única vez, por ocasião da sua inscrição no Plano.

XLVI - TERMO DE ADESÃO: documento pelo qual o ASSOCIADO requer a sua inscrição e/ou de seus DEPENDENTES no Plano.

XLVII - URGÊNCIA: é o evento resultante de ACIDENTE PESSOAL ou de complicações no processo gestacional, entendido este como alterações patológicas durante a gestação, como por exemplo: a gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento. Para a caracterização da URGÊNCIA a CABERGS poderá exigir a apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.

Art. 3º - O ASCP tem por finalidade proporcionar aos seus BENEFICIÁRIOS a assistência - médica, odontológica, psicológica e fonoaudiológica, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, serviços hospitalares clínicos, cirúrgicos e obstétricos - definida no Capítulo VI - DAS COBERTURAS, na área geográfica de abrangência e atuação no município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, obedecidos os limites e condições fixados neste Regulamento.

Parágrafo Único - A prestação da assistência prevista pelo ASCP dar-se-á por meio da PORTA DE ENTRADA e da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA e o acesso dos BENEFICIÁRIOS observará os MECANISMOS DE REGULAÇÃO, objetos do Capítulo V.

Capítulo II

DOS BENEFICIÁRIOS

Artigo 4º - Compõe a classe dos BENEFICIÁRIOS:

I - BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS;

II - BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES DIRETOS e INDIRETOS.

Parágrafo Primeiro - São BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS:

a) os ASSOCIADOS da CABERGS, oriundos da ASSOCIADA PATROCINADORA, definidos no inciso IV, do Art. 2º e inscritos na forma do Art. 5º no ASCP -E;

b) os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS definidos na alínea "a", que sendo empregados vierem a se desligar da ASSOCIADA PATROCINADORA, por motivo de demissão sem justa causa, observadas as condições exigidas para manutenção da qualidade de BENEFICIÁRIO no ASCP - 3;

c) os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS definidos na alínea "a", que sendo empregados vierem a se desligar da ASSOCIADA PATROCINADORA, por motivo de aposentadoria, observadas as condições exigidas para manutenção da qualidade de BENEFICIÁRIO no ASCP - 3;

d) aquele indicado pela CABERGS, no caso de falecimento dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS acima referidos, dentre seus DEPENDENTES inscritos.

Parágrafo Segundo - São BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:

a) os DEPENDENTES DIRETOS, como tais definidos no Regulamento Geral da CABERGS, dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS de que trata o parágrafo primeiro, inscritos na forma do Art. 5º no respectivo Plano do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL;

b) os DEPENDENTES INDIRETOS, como tais definidos no Regulamento Geral da CABERGS, dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS de que trata o parágrafo primeiro, desde que inscritos no ASCP - 3.

Capítulo III

DA INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO

Artigo 5º - Serão inscritos no ASCP:

a) no produto ASCP - E: os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS mencionados na alínea "a" do parágrafo primeiro, do Art. 4º, que participem do custeio do ASCP - E e que vierem a assinar o TERMO DE ADESÃO a este Regulamento, bem como seus respectivos DEPENDENTES DIRETOS, em relação aos quais aqueles contribuam para o ASCP - E;

b) no produto ASCP - 3:

1. os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS mencionados na alínea "b", "c" e "d" do parágrafo primeiro, do Art. 4º, que participem do custeio do ASCP - 3 e vierem a assinar o TERMO DE

ADESÃO a este Regulamento, bem como seus respectivos DEPENDENTES DIRETOS, em relação aos quais aqueles contribuam para o ASCP - 3;

2. os DEPENDENTES INDIRETOS inscritos pelos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS, que vierem a assinar o TERMO DE ADESÃO a este Regulamento e em relação aos quais aqueles contribuam para o ASCP - 3, observado o parágrafo oitavo, do Art. 45.

Parágrafo Primeiro - Na hipótese de, por decisão judicial, o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL ser obrigado a manter, concomitantemente, a inscrição de cônjuge ou ex-cônjuge e companheiro ou companheira, as inscrições compulsórias serão no ASCP - 3.

Parágrafo Segundo - No caso de DEPENDENTE inválido, poderá a qualquer tempo e sempre que solicitado pela CABERGS, ser exigida a comprovação da invalidez mediante PERÍCIA, a cargo da CABERGS.

Parágrafo Terceiro - Os BENEFICIÁRIOS estarão sujeitos ao pagamento da TAXA DE INSCRIÇÃO e CONTRIBUIÇÃO MENSAL, nos termos do Art. 45 e ao cumprimento dos períodos de CARÊNCIA, fixados pelo Capítulo VIII.

Parágrafo Quarto - A CONTRIBUIÇÃO MENSAL do mês da inscrição e do desligamento será cobrada PRO RATA DIE.

Art. 6º - A CABERGS entregará por ocasião da inscrição, ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, do GRUPO FAMILIAR inscrito, cópia do TERMO DE ADESÃO, um exemplar do Estatuto Social, do Regulamento Geral, do Regulamento do Plano, da Cartilha do Plano escrita em linguagem simples e da relação dos prestadores de serviços da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA.

Parágrafo Primeiro - Após o processamento da inscrição, a CABERGS fornecerá ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL os documentos de identificação de que trata o Art. 14, e sua senha eletrônica para acesso ao seu sítio na Internet às informações do seu GRUPO FAMILIAR.

Parágrafo Segundo - Compete ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL manter permanentemente atualizados os dados cadastrais do seu GRUPO FAMILIAR, junto à CABERGS.

Art. 7º - Compete à ASSOCIADA PATROCINADORA informar ao seu empregado, por ocasião da sua admissão, sobre a faculdade de aderir ao ASCP.

Parágrafo Único - Inobstante ao estabelecido no caput, a ASSOCIADA PATROCINADORA dará conhecimento imediato à CABERGS da admissão de empregado que vier a ser contratado após a assinatura do CONVÊNIO DE ADESÃO.

Art. 8º - A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO implicará no cancelamento de sua inscrição no ASCP.

Parágrafo Único - Ocorrendo a hipótese prevista neste artigo, os débitos porventura existentes poderão ser compensados com o valor que o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL fizer jus junto à CABERGS e as ASSOCIADAS PATROCINADORAS ou haveres por elas administrados.

Art. 9º - Dar-se-á o desligamento do BENEFICIÁRIO no ASCP, em qualquer de seus produtos:

a) a requerimento formulado pelo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL a qualquer tempo e entrega da sua CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL e de seus DEPENDENTES;

b) a requerimento formulado pelo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL em relação aos seus DEPENDENTES e entrega da CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL do DEPENDENTE desligado;

c) pelo atraso no pagamento das suas CONTRIBUIÇÕES MENSASIS ou demais débitos para com a CABERGS por 60 (sessenta) dias;

d) imediatamente, quando desligado do quadro funcional de qualquer das ASSOCIADAS PATROCINADORAS, salvo nas hipóteses previstas nas alíneas "b" e "c", do parágrafo primeiro, do Art. 4º;

e) por violação às normas deste Regulamento; e,

f) no caso de falecimento, a partir da data do óbito.

Parágrafo Primeiro - O pedido de desligamento de DEPENDENTE, ainda que aceito, não desobriga o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL a quitar as contribuições e CO-PARTICIPAÇÕES cuja responsabilidade lhe caiba em relação ao excluído.

Parágrafo Segundo - O desligamento do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL implicará no imediato e automático desligamento de seus DEPENDENTES.

Parágrafo Terceiro - Poderá a Diretoria Executiva da CABERGS, na ocorrência de violação às normas deste Regulamento - alínea "e" -, optar por transformar o desligamento do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, em pena de advertência ou de suspensão, na forma e condições do disposto no parágrafo quarto, do Art. 11, do Estatuto Social da CABERGS.

Parágrafo Quarto - A pena de suspensão de que trata o parágrafo anterior implicará no cancelamento das COBERTURAS a que faz jus o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL e seus DEPENDENTES e a comunicação aos órgãos competentes das respectivas ASSOCIADAS PATROCINADORAS, se for o caso.

Parágrafo Quinto - No caso previsto na alínea "d", o direito assegurado ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL e seu GRUPO FAMILIAR inscrito de permanecer no ASCP, referido na alínea "b", do parágrafo primeiro, do Art. 4º, está limitado a um terço do tempo de permanência dele no Plano, respeitado o mínimo de 6 (seis) e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafo Sexto - O direito assegurado no parágrafo anterior se extingue na hipótese do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL obter novo emprego.

Parágrafo Sétimo - No caso previsto na alínea "d" deste artigo, o direito assegurado ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL e seu GRUPO FAMILIAR inscrito de permanecer no ASCP, referido na alínea "c", do parágrafo primeiro, do Art. 4º, está limitado a razão de um ano para cada ano de contribuição ao Plano ou por prazo indeterminado, quando o período de contribuição for de, no mínimo, 10 (dez) anos.

Parágrafo Oitavo - O direito assegurado nos parágrafos quinto e sétimo decairá caso o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL não o exerça em 60 (sessenta) dias, a contar da data que ele for cientificado do seu desligamento.

Parágrafo Nono - Não obstante ao disposto no parágrafo anterior, caberá à ASSOCIADA PATROCINADORA de origem do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL comunicar ao seu ex-empregado sobre o estabelecido nos parágrafos quinto, sétimo e oitavo, por ocasião do seu desligamento.

Parágrafo Décimo - O descumprimento do estabelecido no parágrafo anterior não será aceito como justificativa para que o empregado desligado, alegando desconhecimento, venha requerer o disposto nos parágrafos quinto ou sétimo, vencido o prazo de que trata o parágrafo oitavo.

Parágrafo Décimo Primeiro - No caso de morte do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, que se encontrar na situação prevista no parágrafo quinto ou sétimo, seus DEPENDENTES permanecerão vinculados ao Plano pelo tempo remanescente.

Parágrafo Décimo Segundo - No caso do requerimento de cancelamento da inscrição do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL e de quaisquer de seus DEPENDENTES - alíneas "a" e "b" - ocorrer no prazo de até 30 (trinta) dias contado da data das respectivas inscrições, caberá à CABERGS devolver ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL os valores recebidos a título de TAXA DE INSCRIÇÃO e CONTRIBUIÇÃO MENSAL, descontadas as eventuais despesas que tenham sido realizadas no período.

Parágrafo Décimo Terceiro - A ASSOCIADA PATROCINADORA comunicará imediatamente à CABERGS todo desligamento de ASSOCIADO do seu quadro funcional.

Art. 10 - O uso indevido do ASCP pelo BENEFICIÁRIO, sujeitá-lo-á às sanções previstas neste Regulamento e ao pagamento integral das despesas que efetuar, acrescidas dos encargos suportados pela CABERGS, inclusive TAXA DE ADMINISTRAÇÃO, afora as penalidades previstas em lei e no Regulamento de Pessoal das respectivas ASSOCIADAS PATROCINADORAS, quando for o caso.

Art. 11 - O reingresso do BENEFICIÁRIO no ASCP, após a sua exclusão, dependerá de autorização da Diretoria da CABERGS e observará as condições de novo inscrito, uma vez decorridos 30 (trinta) dias do seu desligamento.

Art. 12 - O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE perderá esta condição quando adquirir a qualidade de ASSOCIADO da CABERGS, exceto o cônjuge, o companheiro ou a companheira, hipótese em que o de menor idade entre eles, obrigatoriamente, deverá optar entre permanecer como BENEFICIÁRIO DEPENDENTE ou inscrever-se como BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, sendo vedada a manutenção da dupla condição.

Art. 13 - Caso o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL vier a falecer, seus respectivos DEPENDENTES terão 30 (trinta) dias para regularizar sua situação com a anuência do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL que vier a suceder o primeiro. Após esse prazo ser-lhes-ão aplicáveis as normas de novo inscrito, atendidas as demais condições de ingresso no Plano.

Capítulo IV

DA IDENTIFICAÇÃO E FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 14 - A CABERGS entregará ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL as CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL, do seu GRUPO FAMILIAR, até 30 (trinta) dias após a DATA DE INSCRIÇÃO do BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Primeiro - A CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL é documento pessoal e intransferível do BENEFICIÁRIO, e seu uso é obrigatório para qualquer atendimento junto à CABERGS, PORTA DE ENTRADA ou sua REDE CREDENCIADA REFERENCIADA.

Parágrafo Segundo - Excepcionalmente, a CABERGS poderá entregar a CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL diretamente ao BENEFICIÁRIO que a requerer, que porventura ainda não tiver sido expedida, mediante autorização expressa do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL.

Parágrafo Terceiro - Na hipótese de renovação, substituição ou atualização da CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL, a CABERGS procederá na sua entrega, na forma estipulada no caput, com a devida antecedência, cabendo ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL responsabilizar-se pelo uso indevido da anterior.

Parágrafo Quarto - A perda ou extravio da CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL deverá ser comunicada imediatamente à CABERGS, ficando o BENEFICIÁRIO isento de responsabilidade para todo e qualquer atendimento que vier a se dar a partir desta data, sem o seu consentimento.

Parágrafo Quinto - Na hipótese prevista no parágrafo anterior, a CABERGS providenciará a emissão automática de nova CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL, e a sua entrega, conforme preconizado no caput, bem como a cobrança da reposição da mesma, junto ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL.

Parágrafo Sexto - No caso de desligamento do ASCP, caberá ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL proceder a devolução da CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL do membro do seu GRUPO FAMILIAR excluído, sob pena de não o fazendo, responder pelo uso indevido da mesma.

Art. 15 - Por ocasião do desligamento de ASSOCIADO - BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL do ASCP - E - do quadro de empregados da ASSOCIADA PATROCINADORA, caberá a esta exigir do

seu ex-empregado a comprovação da devolução das CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL do seu GRUPO FAMILIAR à CABERGS.

Parágrafo Único - Caso o ASSOCIADO não comprove a devolução prevista no caput, deverá a ASSOCIADA PATROCINADORA exigir do seu ex-empregado que assim o faça junto à CABERGS ou apresente protocolo de declaração recebida pela CABERGS, justificando a não devolução e responsabilizando-se pelo seu uso indevido.

Art. 16 - Por questões operacionais, a CABERGS poderá exigir que o BENEFICIÁRIO assine os formulários por ela indicados, reconhecendo a realização dos serviços prestados pela REDE CREDENCIADA, bem como autorizando a remessa de informações complementares e quaisquer outras relativas a sua saúde ou a sua doença, tais como, laudos e resultados de exames, sob pena de não o fazendo perder as COBERTURAS asseguradas pelo ASCP.

Parágrafo Único - A assinatura referida no caput, assim compreendida aquela passada, de próprio punho, pelo BENEFICIÁRIO, poderá ser substituída pela assinatura eletrônica, procedida por meio de senha ou equivalente, e os formulários por informações eletrônicas.

Capítulo V

DOS PRESTADORES DE SERVIÇO E MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 17 - A CABERGS garantirá as COBERTURAS previstas neste Regulamento através da disponibilização de serviços pela PORTA DE ENTRADA do ASCP e/ou da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA do Plano, na área geográfica de abrangência definida no Art. 3º.

Parágrafo Primeiro - O ASCP garantirá a suficiência quantitativa e qualitativa da sua rede de prestadores de serviços, para atendimento às COBERTURAS asseguradas neste Regulamento.

Parágrafo Segundo - A relação dos prestadores de serviços da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA será fornecida pela CABERGS ao BENEFICIÁRIO, por ocasião de sua inscrição, e periodicamente atualizada.

Parágrafo Terceiro - A CABERGS não será responsável pelas COBERTURAS asseguradas neste Regulamento, ainda que nos casos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, mesmo que por meio de REEMBOLSO, quando o atendimento se der fora da área geográfica de abrangência definida no Art. 3º.

Parágrafo Quarto - Os BENEFICIÁRIOS poderão, em situações especiais e a critério da CABERGS, serem autorizados a utilizarem, em caráter de exceção, a REDE CREDENCIADA não referenciada, dentro ou fora da área geográfica de abrangência.

Parágrafo Quinto - A faculdade estabelecida no parágrafo anterior não garante a COBERTURA assegurada neste Regulamento, mas tão-somente a utilização dos prestadores de serviços credenciados, cabendo ao BENEFICIÁRIO ressarcir o ASCP do custo total do atendimento que a CABERGS vier a ter com a sua REDE CREDENCIADA.

Parágrafo Sexto - A situação prevista no parágrafo quarto, ainda que concedida a COBERTURA, não gerará nova obrigação da CABERGS em relação ao BENEFICIÁRIO atendido, bem assim quanto aos demais, tanto em relação ao uso da REDE CREDENCIADA, quanto a eventual COBERTURA.

Art. 18 - Todos os PROCEDIMENTOS COBERTOS estarão sujeitos a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA da CABERGS, exceção feita:

a) aos casos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA médica, em regime AMBULATORIAL ou INTERNAÇÃO HOSPITALAR; e,

b) as CONSULTAS MÉDICAS realizadas na PORTA DE ENTRADA;

Parágrafo Primeiro - Para obter a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA mencionada no caput, o BENEFICIÁRIO ou pessoa por ele designada, deverá apresentar à CABERGS a solicitação do MÉDICO-ASSISTENTE justificando a necessidade do procedimento requerido. Quando se tratar de INTERNAÇÃO HOSPITALAR, sua prorrogação, ou cirurgia AMBULATORIAL, na referida solicitação deverá constar, ainda, o quadro clínico, o resultado de provas diagnósticas, os procedimentos solicitados, a CID, a data da internação e o período previsto da mesma.

Parágrafo Segundo - Não obstante os casos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA médica, em regime AMBULATORIAL, estarem dispensados de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, a REDE CREDENCIADA deverá confirmar junto à CABERGS a condição de BENEFICIÁRIO do paciente.

Parágrafo Terceiro - Na hipótese prevista na alínea "a", os casos dos atendimentos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA que evoluírem para INTERNAÇÃO HOSPITALAR ou cirurgia AMBULATORIAL deverão observar o disposto no parágrafo primeiro, do Art. 32.

Parágrafo Quarto - Os profissionais em CONSULTA MÉDICA, poderão realizar pequenos procedimentos ou exames simples da sua especialidade vinculados a mesma, em consultório e regime AMBULATORIAL, dispensada a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, tais como: remoção de cerume, retirada de corpo estranho, exérese de calo, unha ou cisto sebáceo, sutura de pequenos ferimentos, imobilização provisória, colposcopia, vulvoscopia, anoscopia, exame a fresco e assemelhados.

Art. 19 - As AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS serão encaminhadas aos prestadores de serviços da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, através do BENEFICIÁRIO ou pela própria CABERGS, observado o DIRECIONAMENTO.

Parágrafo Único - O DIRECIONAMENTO será efetuado com base nos princípios de qualidade, disponibilidade e compatibilidade da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA em relação ao BENEFICIÁRIO que necessitar o atendimento.

Art. 20 - A CABERGS poderá condicionar a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, à HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO e/ou PERÍCIA.

Parágrafo Único - Na hipótese de evidência médico-científica de que não está sendo observada a HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO em relação a determinado procedimento, a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA não será concedida até que seja atendida esta condição.

Art. 21 - Será exigida PERÍCIA:

- a) em situações na qual exista a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento;
- b) para fins de esclarecimento quanto a HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO;
- c) quando houver a necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não sejam expostos a algum procedimento além daquele cientificamente indicado e seguro para o BENEFICIÁRIO, de acordo com padrões médico-científicos aceitos e COBERTURAS do Plano;
- d) quando forem identificadas distorções ou alterações significativas entre os procedimentos solicitados e/ou COBERTOS e os índices de saúde conhecidos do perfil da população assistida;
- e) quando houver a necessidade de adequação da solicitação do MÉDICO-ASSISTENTE ao quadro clínico do BENEFICIÁRIO e às COBERTURAS do Plano.

Parágrafo Único - A CABERGS poderá condicionar quaisquer COBERTURAS previstas neste Regulamento à realização de PERÍCIA, ainda que não previstas no caput, com o propósito de resguardar a saúde de seus BENEFICIÁRIOS e a integridade do Plano.

Art. 22 - As PERÍCIAS requeridas pela CABERGS serão por ela custeadas integralmente. As requeridas pelo BENEFICIÁRIO terão seu custo repassado ao mesmo.

Capítulo VI

DAS COBERTURAS

Art. 23 - A COBERTURA assegurada pelo ASCP, compreende o tratamento das doenças listadas na CID, pelos procedimentos relacionados no ROL DE PROCEDIMENTOS médicos e odontológicos, segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, observados os termos deste Regulamento, em especial a abrangência geográfica definida no Art. 3º e o Capítulo VII - DOS SERVIÇOS E DESPESAS NÃO COBERTOS.

Seção I

CONSULTAS MÉDICAS E PROCEDIMENTOS VINCULADOS

Art. 24 - O ASCP assegurará COBERTURA para as CONSULTAS MÉDICAS, em regime AMBULATORIAL, ELETIVAS, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, realizadas na PORTA DE ENTRADA ou na sua REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, nas condições do Capítulo V, da CO-PARTICIPAÇÃO de que trata o inciso II, do Art. 45, e demais disposições deste artigo.

Parágrafo Primeiro - As CONSULTAS MÉDICAS referidas no caput serão realizadas no horário normal de atendimento dos respectivos serviços, com hora previamente marcada ou sistema de ordem de chegada.

Parágrafo Segundo - À exceção das especialidades de oftalmologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, todas as demais CONSULTAS MÉDICAS, nas clínicas básicas ou especializadas, serão atendidas pela PORTA DE ENTRADA ou por ela REFERENCIADAS à REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, sendo, neste caso, mediante AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, e observada a HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO e DIRECIONAMENTO.

Parágrafo Terceiro - Sempre que a CONSULTA MÉDICA se der em razão de REFERÊNCIA, o MÉDICO-ASSISTENTE somente poderá dar por concluído o atendimento mediante a CONTRA-REFERÊNCIA.

Parágrafo Quarto - Não obstante ao disposto no parágrafo anterior e apesar das CONSULTAS MÉDICAS nas especialidades de oftalmologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia não serem necessariamente originadas por uma REFERÊNCIA, o MÉDICO-ASSISTENTE, nestes casos, deverá proceder igualmente o envio das informações - CONTRA-REFERÊNCIA - do atendimento que fizer à PORTA DE ENTRADA ou à CABERGS, para permitir a continuidade do tratamento ou para simples registro do atendimento.

Parágrafo Quinto - Quando vinculados à CONSULTA MÉDICA, os MÉDICOS ASSISTENTES poderão realizar pequenos procedimentos e exames simples da sua especialidade, em consultório e regime AMBULATORIAL, nos termos do parágrafo quarto, do Art. 18.

Art. 25 - Nos casos de comprovada URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o BENEFICIÁRIO poderá buscar atendimento junto a este tipo de serviço, disponibilizado pela CABERGS através da sua REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, sem observar o disposto no artigo anterior.

Parágrafo Único - Atendidas as necessidades que deram origem ao regime de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o BENEFICIÁRIO deverá voltar a observar as regras de atendimento ELETIVO, sob pena de não o fazendo perder as COBERTURAS asseguradas pelo ASCP.

Seção II

SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - SADT

Art. 26 - Os BENEFICIÁRIOS do ASCP terão COBERTURA de exames ou procedimentos para fins diagnósticos e tratamentos, em regime AMBULATORIAL, ELETIVOS, quando prescritos pelo MÉDICO-ASSISTENTE, nas condições do Capítulo V, da CO-PARTICIPAÇÃO de que trata o inciso II, do Art. 45, quando for o caso, e demais disposições desta Seção.

Art. 27 - À exceção daqueles de que trata o parágrafo quinto, do Art. 24, os exames ou procedimentos para fins diagnósticos referidos no artigo anterior serão realizados mediante AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, observada a HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO e o DIRECIONAMENTO.

Parágrafo Único - A COBERTURA dos exames AMBULATORIAIS inclui os atos médicos e as despesas decorrentes dos procedimentos que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio.

Art. 28 - Os tratamentos de hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista, hemodiálise e diálise peritonial (CAPD), quimioterapia, radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia) e hemoterapia, que para fins deste Regulamento são considerados como especiais, terão COBERTURA do ASCP, mediante AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, observada a HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO e o DIRECIONAMENTO.

Art. 29 - As sessões seriadas de tratamento, assim consideradas, para fins deste Regulamento, as de fisioterapia, fototerapia, fonoaudiologia, psicoterapia breve de crise, escleroterapia e acupuntura, somente terão COBERTURA mediante REFERÊNCIA, HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO e DIRECIONAMENTO da PORTA DE ENTRADA à REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, e AUTORIZAÇÃO PRÉVIA da CABERGS, ainda que solicitada pela própria PORTA DE ENTRADA.

Parágrafo Primeiro - Para tanto, o MÉDICO-ASSISTENTE deverá requerer o atendimento mediante solicitação médica, fazendo constar no mínimo: o diagnóstico, a CID, a natureza e provável duração do tratamento e a periodicidade das sessões.

Parágrafo Segundo - Havendo necessidade de prorrogação do tratamento inicialmente autorizado, deverá ser precedida de CONTRA-REFERÊNCIA, mediante apresentação de laudo médico evolutivo constando além do estabelecido no parágrafo anterior, o quadro clínico atual, resultados obtidos com o tratamento anterior e o novo plano terapêutico.

Parágrafo Terceiro - As sessões de psicoterapia breve de crise, prestadas por um ou mais profissionais da área da saúde mental - psicólogo ou psiquiatra ?, somente terão cobertura quando iniciadas logo após o atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, ou REFERÊNCIA da PORTA DE ENTRADA. Terão duração máxima de 12 (doze) semanas e serão limitadas a cobertura de 12 (doze) sessões por ano civil, por BENEFICIÁRIO, não cumulativas e independentemente do serviço prestado (individual, em grupo, casal, familiar, orientação de pais e familiar).

Parágrafo Quarto - Tendo em vista que as sessões de fisioterapia, psicoterapia e fonoaudiologia serão necessariamente atendidas observadas as regras do caput não serão admitidas consultas de avaliação com estes profissionais.

Seção III

INTERNAÇÕES HOSPITALARES E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

Art. 30 - O ASCP garantirá COBERTURA para os serviços e despesas decorrentes de INTERNAÇÃO HOSPITALAR, desde que realizada na REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, nas condições do Capítulo V e demais disposições deste artigo.

Parágrafo Primeiro - A COBERTURA referida no caput inclui as INTERNAÇÕES HOSPITALARES em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, para fins clínicos, cirúrgicos e obstétricos, inclusive as psiquiátricas, bem como cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, todos desde que relacionados no ROL DE PROCEDIMENTOS médicos, do segmento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, excluídos aqueles DOS SERVIÇOS E DESPESAS NÃO COBERTOS, de que trata o Capítulo VII.

Parágrafo Segundo - Exceção feita ao disposto na Seção VI - TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, as INTERNAÇÕES HOSPITALARES cobertas pelo ASCP não estarão sujeitas a limite de prazo de permanência do BENEFICIÁRIO, inclusive em Unidades ou Centros de Terapia Intensiva (UTI/CTI), em isolamento e similares, valor máximo do evento ou quantidade de procedimentos realizados.

Parágrafo Terceiro - A INTERNAÇÃO HOSPITALAR compreenderá as seguintes COBERTURAS:

- a) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- b) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- c) fornecimento de medicamentos, anestésicos e gases medicinais;
- d) hemoterapia;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- f) quimioterapia, radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- g) nutrição enteral e parenteral;

- h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- i) toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- j) embolizações e radiologia intervencionista;
- k) fisioterapia;
- l) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- m) a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica;
- n) assistência ao parto e pré-natal.

Art. 31 - As cirurgias realizadas fora da INTERNAÇÃO HOSPITALAR também terão COBERTURA do ASCP, nas mesmas condições desta seção, quando efetuadas em ambiente hospitalar, porém em regime AMBULATORIAL.

Art. 32 - As INTERNAÇÕES HOSPITALARES e as cirurgias AMBULATORIAIS, quando decorrentes de procedimentos ELETIVOS, serão obrigatoriamente precedidas de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA e observarão o DIRECIONAMENTO, HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO e/ou PERÍCIA sugeridos pela CABERGS, de que trata o Capítulo V.

Parágrafo Primeiro - Nos casos de comprovada URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o MÉDICO-ASSISTENTE poderá promover a INTERNAÇÃO HOSPITALAR sem a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA prevista no caput, hipótese em que deverá ser providenciada pelo responsável pela internação, a obtenção da referida autorização, até o segundo dia útil imediatamente seguinte ao evento, sob pena de, não o fazendo, perder o BENEFICIÁRIO a COBERTURA do ASCP.

Parágrafo Segundo - Para os procedimentos que tecnicamente dispensem hospitalização não será autorizada internação.

Parágrafo Terceiro - Em caso de INTERNAÇÃO HOSPITALAR para realização de cirurgia, os serviços e as despesas hospitalares somente terão COBERTURA a partir da data da realização da cirurgia, salvo quando houver justificativa do MÉDICO-ASSISTENTE para diárias pré-operatórias.

Parágrafo Quarto - A COBERTURA de um ou mais especialistas, durante a INTERNAÇÃO HOSPITALAR ou cirurgia AMBULATORIAL, ficará condicionada a justificativa da sua necessidade, por escrito, pelo MÉDICO-ASSISTENTE.

Seção IV

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Art. 33 - O padrão de acomodação para INTERNAÇÃO HOSPITALAR pelo ASCP será o coletivo, em quarto semiprivativo com dois leitos e banheiro.

Parágrafo Primeiro - O ASCP arcará, também, com as despesas do acompanhante de paciente internado no quarto semiprivativo referido no caput, mesmo que o BENEFICIÁRIO seja maior de 18 (dezoito) anos, observado o inciso XXIX, do Art. 39.

Parágrafo Segundo - Não havendo disponibilidade de leito do tipo coberto pelo Plano, o hospital da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA garantirá a INTERNAÇÃO HOSPITALAR em acomodação de conforto superior, sem ônus ao BENEFICIÁRIO, até que seja possível sua transferência para o leito coberto.

Parágrafo Terceiro - O BENEFICIÁRIO que livremente optar por acomodação superior à coberta pelo ASCP, pagará, diretamente ao hospital e aos profissionais que o atenderem, as diferenças decorrentes da sua opção.

Seção V

TRANSPLANTES

Art. 34 - O ASCP cobrirá transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, observada a legislação específica vigente.

Parágrafo Primeiro - Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- 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 Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Segundo - Os BENEFICIÁRIOS candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

Seção VI

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Art. 35 - O ASCP assegurará o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID, observadas as restrições previstas nos parágrafos deste artigo.

Parágrafo Primeiro - A COBERTURA de que trata este artigo será de 30 (trinta) dias de INTERNAÇÃO HOSPITALAR por ano, não cumulativos, em hospital psiquiátrico, em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

Parágrafo Segundo - Em se tratando de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessite de internação, a COBERTURA será de 15 (quinze) dias de internação por ano, não cumulativos, além da prevista no parágrafo anterior.

Parágrafo Terceiro - Além da COBERTURA prevista no parágrafo primeiro, o ASCP disponibilizará aos BENEFICIÁRIOS, portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

Parágrafo Quarto - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID, a COBERTURA de que trata o parágrafo anterior será de 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Parágrafo Quinto - Os diagnósticos citados no parágrafo anterior referem-se:

- a) Diagnósticos F00 a F09: transtornos mentais orgânicos, inclusive sintomáticos;
- b) Diagnósticos F20 a F29: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes;
- c) Diagnósticos F70 a F79: retardo mental;
- d) Diagnósticos F90 a F98: transtornos de comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.

Seção VII

ODONTOLÓGICAS

Art. 36 - As COBERTURAS odontológicas ficarão condicionadas à realização da Consulta Odontológica de Ingresso - COI, pelo BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Único - A COI que será realizada as expensas do ASCP, na REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, visa única e exclusivamente registrar informações odontológicas para fins de controle dos prestadores de serviços.

Art. 37 - As COBERTURAS odontológicas abrangem os procedimentos relacionados no ROL DE PROCEDIMENTOS odontológicos AMBULATORIAIS, desde que realizados nos consultórios da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA.

Parágrafo Primeiro - Os PROCEDIMENTOS COBERTOS classificam-se em:

I - De Diagnóstico:

a) consulta inicial.

II - De URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA:

a) curativo em caso de hemorragia bucal;

b) curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;

c) imobilização dentária temporária;

- d) recimentação de peça protética;
- e) tratamento de alveolite;
- f) colagem de fragmentos;
- g) incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- h) incisão e drenagem de abscesso intra-oral; e,
- i) reimplante de dente avulsionado.

III - De RADIOLOGIA:

- a) radiografia periapical;
- b) radiografia ?bite-wing?; e,
- c) radiografia oclusal.

IV - De Prevenção em Saúde Bucal:

- a) orientação de higiene bucal;
- b) evidenciação de placa bacteriana;
- c) aplicação tópica profissional de flúor;
- d) aplicação de selante; e,
- e) profilaxia - polimento coronário.

V - De Dentística:

- a) restauração de 1 (uma) face;
- b) restauração de 2 (duas) faces;
- c) restauração de 3 (três) faces;

- d) restauração de 4 (quatro) faces;
- e) restauração de ângulo;
- f) restauração a pino; e,
- g) restauração de superfície radicular.

VI - De Periodontia:

- a) raspagem supra-gengival, alisamento e polimento coronário;
- b) raspagem, supra e sub-gengival alisamento e polimento radicular;
- c) curetagem de bolsa periodontal; e,
- d) imobilização dentária temporária.

VII - De Endodontia:

- a) pulpotomia;
- b) remoção de obturação radicular;
- c) remoção de núcleo intrarradicular;
- d) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto;
- e) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos;
- f) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos;
- g) tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais;
- h) tratamento endodôntico em dentes decíduos; e,
- i) retratamento de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.

VIII - De Cirurgia:

- a) alveoloplastia;
- b) apicectomia unirradicular;
- c) apicectomia birradicular;
- d) apicectomia trirradicular;
- e) apicectomia unirradicular com obturação retrógrada;
- f) apicectomia birradicular com obturação retrógrada;
- g) apicectomia trirradicular com obturação retrógrada;
- h) aumento de coroa clínica;
- i) biópsia;
- j) cirurgia de torus mandibular bilateral;
- k) cirurgia de torus palatino;
- l) cirurgia de torus unilateral;
- m) correção de bridas musculares;
- n) excisão de mucocele;
- o) excisão de rânula;
- p) exodontia a retalho;
- q) exodontia de raiz residual;
- r) exodontia simples;
- s) exodontia múltipla;
- t) gengivectomia;

- u) redução cruenta (fratura alvéolo-dentária);
- v) redução incruenta (fratura alvéolo-dentária);
- w) frenectomia labial;
- x) frenectomia lingual;
- y) remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados);
- z) sulcoplastia;
- aa) ulectomia;
- bb) ulotomia.

Parágrafo Segundo - A realização dos procedimentos pela REDE CREDENCIADA REFERENCIADA será efetuada mediante AUTORIZAÇÃO PRÉVIA da CABERGS.

Parágrafo Terceiro - A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA referida no parágrafo anterior deverá ser solicitada à CABERGS pela REDE CREDENCIADA REFERENCIADA.

Art. 38 - A COBERTURA odontológica assegurada nesta seção ficará condicionada à comprovação odontológica da sua necessidade e compreende o pagamento dos procedimentos relacionados no artigo anterior, até o valor máximo estabelecido na LPO, observadas as CO-PARTICIPAÇÕES correspondentes.

Capítulo VII

DOS SERVIÇOS E DESPESAS NÃO COBERTOS

Art. 39 - Não terão COBERTURA do ASCP, os seguintes serviços e despesas:

I - cirurgias, procedimentos ou tratamentos ilícitos, antiéticos, não reconhecidos pelas autoridades competentes, proibidos pela ética médica, os experimentais, e os não especificados no ROL DE PROCEDIMENTOS;

II - fornecimento de próteses, órteses, materiais de síntese e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, inclusive aviamento de lentes e óculos;

III - imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;

IV - medicamentos e materiais importados, inclusive próteses, órteses, síntese e seus acessórios, que tenham similar nacional;

V - internação para investigação diagnóstica e ?check-up?;

VI - cirurgias com finalidade de mudança de sexo;

VII - tratamentos no exterior;

VIII - procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses

e próteses para o mesmo fim, mesmo que justificados por uma causa médica, exceto quando destinado a:

a) restauração de funções ou lesões em órgãos, membros e regiões decorrentes de acidentes;

b) reparação de mal formação congênita em filhos; ou,

c) reparação de neoplasia ou tumor;

IX - transplantes, à exceção de córnea e rim;

X - tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XI - inseminação artificial, fertilização in vitro e outros procedimentos análogos ou complicações decorrentes de quaisquer destes casos;

XII - fornecimento de materiais, medicamentos e serviços para tratamento domiciliar;

XIII - enfermagem particular no hospital ou domicílio, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;

XIV - extraordinários por acomodações superiores às previstas no ASCP;

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

XVI - remoção de paciente, exceto na hipótese da alínea "m", do parágrafo terceiro, do Art. 30.

XVII - serviços de auto-atendimento, tipo "housing", ou cuidados em casa ("home care"), inclusive CONSULTA MÉDICA ou assistência odontológica a domicílio;

XVIII - INTERNAÇÃO HOSPITALAR para COBERTURA de procedimentos constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS odontológicos e não relacionados no ROL DE PROCEDIMENTOS médicos;

XIX - procedimentos relacionados a acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como os de saúde ocupacional, a exemplo de LER/DORT - Lesões por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomuscular Relacionada ao Trabalho, PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, tais como consultas e exames periódicos e para fins de admissão e demissão do trabalho;

XX - escleroterapia não subseqüente à cirurgia de varizes;

XXI - tratamentos para esterilidade e/ou reversão da mesma, impotência e/ou frigidez sexual;

XXII - cirurgia oftalmológica refrativa para desvios inferiores a 7 (sete) graus;

XXIII - todos os exames para comprovação ou exclusão de paternidade;

XXIV - avaliações clínicas e exames laboratoriais para fins de pesquisa;

XXV - coleta de exames laboratoriais a domicílio;

XXVI - curativos, materiais e medicamentos ministrados ou utilizados fora do ambiente hospitalar e/ou atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA;

XXVII - vacinas;

XXVIII - consultas e exames para fins escolares, acadêmicos, habilitação de motorista, clubes sociais, obtenção de visto de entrada em países estrangeiros e assemelhados;

XXIX - outras, tais como:

a) alimentação de acompanhante;

b) bebidas em geral;

- c) dieta não recomendada pelo MÉDICO-ASSISTENTE;
- d) decorações;
- e) taxas adicionais decorrentes da utilização de televisão, rádio, ar condicionado e similares;
- f) chupetas, mamadeiras, lenços, aspiradores de seio, adaptador de bico de seio e outros correlatos;
- g) extraordinários, tais como: telefonemas, despesas de toailete e outros que vierem a ser criados a partir da data deste Regulamento.

Capítulo VIII

DA CARÊNCIA

Art. 40 - Os BENEFICIÁRIOS estarão sujeitos aos seguintes prazos de CARÊNCIA, contados a partir da DATA DE INSCRIÇÃO:

- a) CONSULTAS MÉDICAS nas Clínicas Básicas ou Especializadas, inclusive na PORTA DE ENTRADA: 120 (cento e vinte) dias;
- b) Exames Médicos ou Procedimentos para Fins Diagnósticos em regime AMBULATORIAL: 120 (cento e vinte) dias;
- c) Tratamentos em regime AMBULATORIAL: 180 (cento e oitenta) dias;
- d) Procedimentos Odontológicos: 180 (cento e oitenta) dias;
- e) INTERNAÇÕES HOSPITALARES, Cirurgias AMBULATORIAIS e demais procedimentos, exceto parto a termo: 180 (cento e oitenta) dias; e,
- f) Parto a termo: 300 (trezentos) dias.

Parágrafo Primeiro - Os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS que promoverem suas inscrições e/ou de seus DEPENDENTES, em até 30 (trinta) dias da data em que adquirirem condições para tal, além da isenção da TAXA DE INSCRIÇÃO de que trata a alínea "a", do inciso III, do Art. 45, terão as CARÊNCIAS previstas nas alíneas "a" e "b" do caput reduzidas para:

a) CONSULTAS MÉDICAS: 60 (sessenta) dias; e,

b) Exames Médicos ou Procedimentos para Fins Diagnósticos em regime AMBULATORIAL: 60 (sessenta) dias.

Parágrafo Segundo - Os procedimentos odontológicos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA de que trata o inciso II, do parágrafo primeiro, do Art. 37, não terão CARÊNCIA.

Parágrafo Terceiro - Quando se tratar de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, o BENEFICIÁRIO que se encontrar em período de CARÊNCIA terá a COBERTURA do Plano limitada a 12 (doze) horas de atendimento ou até que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da COBERTURA hospitalar.

Parágrafo Quarto - Ultrapassadas as COBERTURAS asseguradas no parágrafo anterior e havendo necessidade de continuidade do atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, cessará a responsabilidade do ASCP, passando as despesas a serem de ônus exclusivo do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, exceto na hipótese do parágrafo quinto.

Parágrafo Quinto - Quando a URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA decorrer de ACIDENTE PESSOAL o prazo de CARÊNCIA será de 24 (vinte e quatro) horas.

Parágrafo Sexto - A inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, será isenta de CARÊNCIA, desde que esta ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

Parágrafo Sétimo - Em se tratando de filho adotivo, até 12 (doze) anos de idade, o BENEFICIÁRIO adotante terá o prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data da adoção, para fazer a inscrição do mesmo aproveitando suas próprias CARÊNCIAS.

Parágrafo Oitavo - Aplica-se o disposto no parágrafo anterior à criança ou adolescente colocado sob a responsabilidade do BENEFICIÁRIO, em regime de guarda provisória ou menor sob-guarda, em virtude das disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 41 - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de BENEFICIÁRIO, terá COBERTURA assistencial do ASCP durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

Art. 42 - O BENEFICIÁRIO que, tendo cumprido os prazos de CARÊNCIA, tiver a sua qualificação alterada ou estiver habilitado a ingressar em outro produto do ASCP, não estará obrigado a

cumprir novos prazos de CARÊNCIA, se efetivar a sua opção no prazo de 30 (trinta) dias da ocorrência do evento respectivo.

Art. 43 - Aos BENEFICIÁRIOS de outros planos da CABERGS, que uma vez a eles permitido, vierem a aderir ao ASCP, não será exigida CARÊNCIA, exceto em relação aos serviços adicionais que passarem a ter COBERTURA neste Regulamento ou em relação àqueles que porventura não tenham, no plano de origem, vencido o período de CARÊNCIA correspondente.

Art. 44 - O ASCP não faz restrição a donças ou lesões preexistentes à DATA DE INSCRIÇÃO, desconsiderando as regras de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA e deixando de aplicar qualquer acréscimo na MENSALIDADE a título de AGRAVO.

Capítulo IX

DO CUSTEIO

Art. 45 - O custeio do ASCP será atendido pelas seguintes fontes:

I - CONTRIBUIÇÕES MENSAIS:

a) das ASSOCIADAS PATROCINADORAS para o ASCP - E, em conformidade com o Anexo I deste Regulamento; e,

b) do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL do ASCP - E e ASCP - 3, cobrada em relação a cada BENEFICIÁRIO por ele inscrito, além dele próprio, em conformidade com a Tabela de Custeio constante do Anexo II deste Regulamento, na forma do Art. 46.

II - CO-PARTICIPAÇÃO nas despesas cobertas, em relação a serviços assistenciais prestados em regime AMBULATORIAL, efetivamente realizadas pelos BENEFICIÁRIOS, cobradas dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS, de acordo com os seguintes percentuais:

a) 30% (trinta por cento) para as CONSULTAS MÉDICAS ELETIVAS, exames simples vinculados a esta e pequenos procedimentos realizados em consultório, exceto em relação àquelas prestadas pela PORTA DE ENTRADA, em relação as quais não haverá CO-PARTICIPAÇÃO;

b) 30% (trinta por cento) para os atendimentos médicos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, exames, serviços e procedimentos vinculados a estes;

c) 30% (trinta por cento) para até 12 (doze) sessões de psicoterapia breve de crise, por ano, por BENEFICIÁRIO;

d) 30% (trinta por cento) para as sessões de fisioterapia, fototerapia, fonoaudiologia, escleroterapia e acupuntura;

e) 30% (trinta por cento) para os procedimentos odontológicos, exceto tratamento preventivo e aplicação de selante, para os quais não haverá CO-PARTICIPAÇÃO;

f) 30% (trinta por cento) para os tratamentos em hospital-dia decorrentes de transtornos psiquiátricos previstos nos parágrafos terceiro e quarto, do Art. 35; e,

g) 20% (vinte por cento) para os exames médicos ou procedimentos para fins diagnósticos não referidos nas alíneas anteriores, exceto os de hemodinâmica para os quais não haverá CO-PARTICIPAÇÃO.

III - TAXA DE INSCRIÇÃO no ASCP - E e no ASCP - 3, cobrada do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, em relação a cada BENEFICIÁRIO inscrito, equivalente ao valor correspondente a uma MENSALIDADE, juntamente com a primeira, dispensada esta:

a) desde que o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL faça sua inscrição e/ou de seus DEPENDENTES em até 30 (trinta) dias da data em que adquirir condições para tal; ou,

b) quando a referida inscrição tenha se dado em decorrência da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO no Plano a que estava inscrito, desde que formulado o pedido nos 30 (trinta) dias subseqüentes ao evento.

IV - TAXA DE ADMINISTRAÇÃO: de 10% (dez por cento) incidente sobre o total das despesas relativas aos serviços utilizados pelos BENEFICIÁRIOS, através da REDE CREDENCIADA, não cobertos pelo ASCP.

V - Receitas auferidas, decorrentes de aplicações de recursos do Plano.

VI - Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos itens antecedentes.

Parágrafo Primeiro - Para efeitos dos incisos II e IV, considera-se como despesa os serviços pagos à REDE CREDENCIADA, acrescidos dos encargos previdenciários e fiscais que houver.

Parágrafo Segundo - No caso de desligamento do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL do ASCP as CONTRIBUIÇÕES MENSAIS e TAXAS DE INSCRIÇÕES por ele efetuadas para o custeio do Plano, pessoalmente ou em relação aos seus DEPENDENTES, não lhe serão devolvidas, exceto na hipótese prevista no parágrafo décimo segundo, do Art. 9º.

Parágrafo Terceiro - As CONTRIBUIÇÕES MENSAIS, TAXAS e CO-PARTICIPAÇÕES de que trata este artigo serão devidas a contar da data do crédito da folha de pagamento de salários da ASSOCIADA PATROCINADORA. Aquelas não liquidadas na aludida data serão atualizadas e acrescidas de encargos, conforme critérios fixados no Anexo III deste Regulamento.

Parágrafo Quarto - A cobrança das CONTRIBUIÇÕES, TAXAS e CO-PARTICIPAÇÕES referidas neste artigo, bem como de eventuais outros débitos, será efetuada pela CABERGS, mediante consignação em folha de pagamento de salários ou benefícios a que fizer jus o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL junto à ASSOCIADA PATROCINADORA.

Parágrafo Quinto - Caso o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL não perceba salários ou benefícios junto à ASSOCIADA PATROCINADORA, as importâncias por ele devidas deverão ser recolhidas por iniciativa dele, BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, diretamente à CABERGS ou em conta bancária da mesma.

Parágrafo Sexto - Ocorrendo o falecimento do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, as importâncias por ele devidas deverão ser quitadas pelo seu GRUPO FAMILIAR, podendo ser abatidas de quaisquer haveres deixados pelo mesmo junto à CABERGS ou ASSOCIADAS PATROCINADORAS.

Parágrafo Sétimo - Em casos especiais, como tais considerados a critério da CABERGS, a TAXA DE ADMINISTRAÇÃO definida na alínea "b", do inciso IV deste artigo poderá ser dispensada.

Parágrafo Oitavo - As contribuições do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL ao ASCP - 3, não poderão ultrapassar a 20% (vinte por cento) de sua renda bruta auferida na DATA DE INSCRIÇÃO do novo BENEFICIÁRIO, exceção feita em relação àqueles que em razão da perda da condição de seus DEPENDENTES DIRETOS forem inscritos no ASCP - 3, em até 30 (trinta) dias do desligamento do ASCP - E.

Parágrafo Nono - Para os efeitos do parágrafo oitavo, entende-se por renda bruta:

a) para os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS definidos na alínea "a", do parágrafo primeiro do Art. 4º, o total dos seus proventos fixos junto à ASSOCIADA PATROCINADORA;

b) para os demais BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS, a renda mensal que vierem a comprovar.

Art. 46 - A Tabela de Custeio a que alude a alínea "b", do inciso I, do artigo anterior, será organizada pelo critério de faixas etárias dos BENEFICIÁRIOS, sendo que a variação do preço das MENSALIDADES, em consequência da mudança de idade, obedecerá aos seguintes percentuais, conforme o produto:

FAIXA ETÁRIA ASCP - E ASCP - 3

1 - ao completar 19 (dezenove) anos de idade 5% 16%

2 - ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade 5% 16%

3 - ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade 5% 16%

4 - ao completar 34 (trinta e quatro) anos de idade 5% 16%

5 - ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade 5% 16%

6 - ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade 5% 16%

7 - ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade 5% 16%

8 - ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade 5% 16%

9 - ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade 5% 16%

Parágrafo Primeiro - O percentual de acréscimo de uma faixa etária em relação a seguinte será aplicado sobre o valor da MENSALIDADE que prevalecia no mês imediatamente anterior.

Parágrafo Segundo - O acréscimo incidirá a partir do dia primeiro do mês em que ocorrer o ingresso do BENEFICIÁRIO na faixa etária superior.

Art. 47 - As CONTRIBUIÇÕES MENSAS da Tabela de Custeio serão reajustadas:

a) pela mudança de faixa etária, conforme disposto no artigo anterior;

b) pelo aumento do custo dos serviços prestados - reajuste financeiro;

c) em decorrência do aumento da sinistralidade dos eventos ou encargos necessários à execução das atividades do Plano, quando a utilização dos serviços ultrapassar os limites calculados atuarialmente - reajuste por mudança de sinistralidade; e,

d) pela mudança do perfil da carteira de BENEFICIÁRIOS em relação às faixas etárias - reajuste técnico.

Parágrafo Primeiro - Caso a aplicação continuada do reajuste por mudança de faixa etária e/ou reajuste financeiro da MENSALIDADE não evite a ocorrência de DÉFICIT, a CABERGS promoverá o reajuste por mudança de sinistralidade, e não sendo este, ainda, suficiente, fará uso do reajuste técnico, sempre com vista à manutenção do equilíbrio técnico e atuarial do ASCP.

Parágrafo Segundo - Os reajustes da MENSALIDADE referidos nas alíneas “b”, “c” e “d” serão efetuados após ouvida a ASSOCIADA PATROCINADORA, no prazo que lhe for concedido, acerca de outras medidas necessárias para o equilíbrio econômico-financeiro do ASCP.

Parágrafo Terceiro - A não concordância ou a inexistência de manifestação da ASSOCIADA PATROCINADORA acerca do disposto no parágrafo anterior, não serão considerados como impeditivos para fins de aplicação dos reajustes.

Parágrafo Quarto - As Tabelas de Custeio do ASCP, produtos ASCP - E e ASCP - 3, serão previamente divulgadas sob o título de Anexo II, através de Circulares da Diretoria Executiva da CABERGS, sempre que reajustadas.

Art. 48 - Na CONTRIBUIÇÃO MENSAL está computada a TAXA DE ADMINISTRAÇÃO - carregamento - de 10% (dez por cento), em relação aos custos assistenciais.

Art. 49 - Os resultados do Plano serão contabilizados no FUNDO DO ASCP, o qual integrará o Patrimônio da CABERGS, em separado dos demais planos e programas da Entidade.

Parágrafo Primeiro - O FUNDO DO ASCP deverá acumular recursos suficientes para suportar, com sobras, eventuais DÉFICITs do Plano.

Parágrafo Segundo - Os recursos do FUNDO DO ASCP serão remunerados pelo rendimento líquido das aplicações dos fundos dos planos e programas da CABERGS, calculados de forma proporcional à participação de cada um dos montantes aplicados no mercado financeiro.

Parágrafo Terceiro - Na eventualidade de, num determinado período, as DESPESAS do ASCP superarem as suas RECEITAS, o DÉFICIT será revertido do FUNDO DO ASCP.

Parágrafo Quarto - Na hipótese dos recursos do FUNDO DO ASCP serem insuficientes para fazer frente a eventual DÉFICIT do Plano, a diferença entre o DÉFICIT apurado e o saldo existente será, obrigatoriamente, integralizado mediante a adoção do disposto no Art. 47.

Parágrafo Quinto - No caso do parágrafo anterior, enquanto não integralizados, os recursos utilizados para suprir mencionada insuficiência serão devidos pelo tempo em que ficarem disponibilizados, acrescidos pela mesma taxa das operações financeiras da CABERGS.

Capítulo X

DO REEMBOLSO

Art. 50 - Nos casos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, médica ou odontológica, na área geográfica de COBERTURA definida no Art. 3º, e quando não for possível a utilização da PORTA DE ENTRADA ou da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, o BENEFICIÁRIO será reembolsado das despesas que efetuar.

Parágrafo Primeiro - O BENEFICIÁRIO será reembolsado, ainda, na eventual hipótese de, em INTERNAÇÃO HOSPITALAR na REDE CREDENCIADA REFERENCIADA, existir a participação de profissional ou serviço terceirizado.

Parágrafo Segundo - O valor do REEMBOLSO estará limitado às tabelas adotadas entre a CABERGS e sua REDE CREDENCIADA, observadas as CO-PARTICIPAÇÕES atribuídas aos BENEFICIÁRIOS.

Parágrafo Terceiro - O REEMBOLSO será liquidado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação exigida pela CABERGS, constante no formulário padronizado para seu requerimento.

Parágrafo Quarto - Do REEMBOLSO a que fizer jus o BENEFICIÁRIO poderão ser abatidas quaisquer importâncias por ele devidas à CABERGS.

Art. 51 - Decairá do direito ao REEMBOLSO, o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL que não requerê-lo no prazo de 90 (noventa) dias contados a partir da data da realização da despesa.

Art. 52 - Quando o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL ou seus DEPENDENTES inscritos, utilizarem-se de outro qualquer plano, ser-lhes-á assegurado, mediante o pagamento da CO-

PARTICIPAÇÃO, o direito de COBERTURA da diferença de honorários e serviços que, então, pessoal e efetivamente houverem desembolsado, até o limite a que teriam direito se houvessem utilizado exclusivamente o ASCP, observadas as demais limitações regulamentares.

Parágrafo Primeiro - O disposto no caput não inclui os procedimentos odontológicos COBERTOS pelo ASCP, do respectivo ROL DE PROCEDIMENTOS.

Parágrafo Segundo - O REEMBOLSO, neste caso, observará igualmente o disposto nos parágrafos segundo a quarto, do Art. 50.

Capítulo XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 53 - A CABERGS não autorizará o atendimento da REDE CREDENCIADA REFERENCIADA ou REEMBOLSO do BENEFICIÁRIO, caso seja constatada inexatidão ou omissão das declarações constantes da documentação necessária à INTERNAÇÃO HOSPITALAR ou na realização dos demais procedimentos com COBERTURA, ou ainda, nos documentos apresentados para REEMBOLSO de despesas.

Art. 54 - O BENEFICIÁRIO autoriza expressamente qualquer profissional de saúde, laboratório, clínica, hospital, outras operadoras de planos de assistência à saúde, demais organizações ou pessoas físicas ligadas a este setor, a fornecerem à CABERGS quaisquer informações relacionadas a sua saúde ou a sua doença.

Art. 55 - O BENEFICIÁRIO que desejar cancelar uma CONSULTA MÉDICA, uma sessão seriada ou atendimento odontológico, deverá fazê-lo junto ao serviço ou profissional que tiver ajustado o atendimento, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, sob pena de não o fazendo neste prazo, responder pelo pagamento integral, inclusive encargos e TAXA DE ADMINISTRAÇÃO.

Art. 56 - As despesas decorrentes de locomoção ou traslado, exceto as remoções de que trata o inciso XVI, do Art. 39, correrão por conta do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL.

Art. 57 - O agendamento de CONSULTAS MÉDICAS, exames, tratamentos e quaisquer outros procedimentos será feito de forma a atender às necessidades dos BENEFICIÁRIOS, sendo os prestadores de serviços orientados a privilegiar os casos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, assim

como as pessoas com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos.

Capítulo XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58 - Este Regulamento e seus anexos somente poderão ser alterados pelo Conselho de Administração e Diretoria Executiva, em reunião conjunta.

Art. 59 - Os casos omissos ou de dúvidas na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Executiva, cabendo recurso ao Conselho de Administração.

Art. 60 - Este Regulamento entra em vigor nesta data, revogadas as disposições em contrário.

Anexo I

CONTRIBUIÇÃO MENSAL DAS ASSOCIADAS PATROCINADORAS

A CONTRIBUIÇÃO MENSAL da ASSOCIADA PATROCINADORA ISCMPA será equivalente ao custeio integral de todos os serviços e despesas inerentes à manutenção da PORTA DE ENTRADA, na forma em que dispuser o CONVÊNIO DE ADESÃO.

A CONTRIBUIÇÃO MENSAL das demais ASSOCIADAS PATROCINADORAS será aquela fixada no respectivo CONVÊNIO DE ADESÃO.

Anexo II

TABELA DE CUSTEIO - CONTRIBUIÇÃO MENSAL DOS BENEFICIÁRIOS

CONTRIBUIÇÃO MENSAL DOS BENEFICIÁRIOS AO ASCP - E

As CONTRIBUIÇÕES MENSAIS dos BENEFICIÁRIOS ao ASCP - E, oriundos da ASSOCIADA PATROCINADORA ISCMPA, serão estabelecidas de acordo com as suas respectivas FAIXAS ETÁRIAS e conforme a FAIXA SALARIAL do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL do seu GRUPO FAMILIAR. Para este fim, considera-se como FAIXA SALARIAL do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL a sua remuneração bruta fixa, assim compreendida aquela recebida junto à ASSOCIADA PATROCINADORA, em contrapartida a sua condição de empregado, composta do total de proventos fixos, tais como: ordenado (e denominações equivalentes), quaisquer diferenças

ou complementação desta parcela, comissão de cargo ou função, adicionais por tempo de serviço, noturno ou horas extraordinárias que sejam contratuais, e gratificações fixas mensais; sem descontos; desconsiderando-se, portanto, os proventos variáveis, a exemplo de: adicional noturno e horas extraordinárias não contratuais (eventuais), adicionais e abonos de férias, parcela do 13º salário e assemelhadas. A tabela é a seguinte:

FAIXA	FAIXA SALARIAL				
ETÁRIA	Até	Até	Até	Até	Maior de
	R\$ 650,00	R\$ 930,00	1.300,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
De 0 a 18	R\$ 17,40	R\$ 22,97	R\$ 32,16	R\$ 47,78	R\$ 66,90
De 19 a 23	R\$ 18,27	R\$ 24,12	R\$ 33,77	R\$ 50,17	R\$ 70,24
De 24 a 28	R\$ 19,19	R\$ 25,33	R\$ 35,46	R\$ 52,68	R\$ 73,76
De 29 a 33	R\$ 20,15	R\$ 26,59	R\$ 37,23	R\$ 55,32	R\$ 77,44
De 34 a 38	R\$ 21,15	R\$ 27,92	R\$ 39,09	R\$ 58,08	R\$ 81,32
De 39 a 43	R\$ 22,21	R\$ 29,32	R\$ 41,05	R\$ 60,99	R\$ 85,38
De 44 a 48	R\$ 23,32	R\$ 30,79	R\$ 43,10	R\$ 64,04	R\$ 89,65
De 49 a 53	R\$ 24,49	R\$32,33	R\$ 45,26	R\$ 67,24	R\$ 94,13
De 54 a 58	R\$ 25,71	R\$ 33,94	R\$ 47,52	R\$ 70,60	R\$ 98,84
Mais de 58	R\$ 27,00	R\$ 35,64	R\$ 49,89	R\$ 74,13	R\$ 103,78

CONTRIBUIÇÃO MENSAL DOS BENEFICIÁRIOS AO ASCP - 3

As CONTRIBUIÇÕES MENSAS dos BENEFICIÁRIOS ao ASCP - 3, oriundos da ASSOCIADA PATROCINADORA ISCMPA, serão estabelecidas de acordo com as suas respectivas FAIXAS ETÁRIAS, conforme a seguinte tabela:

Faixa Etária	Valor
De 0 a 18	R\$ 100,75
De 19 a 23	R\$ 116,88

De 24 a 28	R\$ 135,57
De 29 a 33	R\$ 157,26
De 34 a 38	R\$ 182,43
De 39 a 43	R\$ 211,62
De 44 a 48	R\$ 245,47
De 49 a 53	R\$ 284,75
De 54 a 58	R\$ 330,32
Mais de 58	R\$ 383,16

Anexo III

CRITÉRIOS DE ATUALIZAÇÃO DE ENCARGOS

As atualizações acrescidas de encargos de que trata o parágrafo terceiro, do Art. 45, do Regulamento do ASCP, serão procedidas conforme o disposto a seguir:

1 - O DÉBITO que não for liquidado na data aprezada será considerado EM ATRASO, ficando sujeito à atualização e a incidência de encargos PRO RATA DIE, a contar do dia seguinte à data em que deveria ter sido liquidado.

1.1 - Para fins deste instrumento, considera-se como DÉBITO, o valor devido pelo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL à CABERGS, a título de TAXA DE INSCRIÇÃO, CONTRIBUIÇÃO MENSAL, CO-PARTICIPAÇÃO, CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL, Termo de Compromisso, e quaisquer outros valores, serviços e despesas que venham a ser utilizados pelo GRUPO FAMILIAR do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL ou por ele próprio, e seja de conta deste.

1.2 - A referida atualização de DÉBITO EM ATRASO será efetuada com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescido de juros de 1,00 % a.m. (um por cento ao mês).

Porto Alegre, de 01 de junho de 2007.