

PAM II

Regulamento

Plano de Assistência Médico Hospitalar II



ÍNDICE

Capítulo I - Do Plano de Assistência Médico-Hospitalar II e suas Finalidades	3
Capítulo II - Dos Beneficiários	6
Capítulo III - Dos Serviços e Despesas Cobertos	6
Seção I - Das Especialidades.....	6
Seção II - Das Consultas e Sessões.....	7
Seção III - Dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento – SADT.....	8
Seção IV - Dos Procedimentos e Internações Hospitalares	8
Seção V - Dos Serviços Hospitalares	10
Capítulo IV - Dos Serviços e Despesas não Cobertos	11
Capítulo V - Da Inscrição e Desligamento	12
Capítulo VI - Da Carência	15
Capítulo VII - Do Custeio do PAM II	16
Capítulo VIII - Do Reembolso	19
Capítulo IX - Das Disposições Gerais	20
Capítulo X - Das Disposições Transitórias	21
Capítulo XI - Das Disposições Finais	22

CAPÍTULO I

DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR II E SUAS FINALIDADES

Art.1º - Por este Regulamento, reger-se-á o PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR II – PAM II, coletivo por adesão, de autogestão multipatrocinada, composto pelos produtos de que trata o parágrafo único deste artigo, adaptados à Lei 9.656/98, de 03 de junho de 1998, da CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 30731-9:

Parágrafo Único - O PAM II, nos segmentos ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, é composto dos seguintes produtos:

a) PAMEG II: Plano de Assistência Médico-Hospitalar Geral II – produto registrado junto a ANS sob o nº 437.459/02-2;

b) PAMO II: Plano de Assistência Médico-Hospitalar Opcional II - produto registrado junto a ANS sob o nº 437.461/02-4;

c) PAMFA II: Plano de Assistência Médico-Hospitalar Facultativo II - produto registrado junto a ANS sob o nº 437.460/02-6.

Art. 2º - 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 - ASSOCIADOS: as pessoas físicas, residentes no território nacional e como tais definidas nas alíneas “a”, “b”, “d”, “e” e “f”, do inciso V, do art. 2º, do Regulamento Geral da CABERGS.

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

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

V - CARÊNCIA: intervalo de tempo em que o BENEFICIÁRIO não terá as coberturas asseguradas neste Regulamento.

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

VII - CONVÊNIO DE ADESÃO - Instrumento formal celebrado entre a CABERGS e MANTENEDORA, 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.

VIII - CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE: instrumento celebrado com entidades congêneres para atendimento recíproco dos BENEFICIÁRIOS em localidades onde não há REDE CREDENCIADA.

IX - CO-PARTICIPAÇÃO: valor de conta do BENEFICIÁRIO do Plano referente à realização do procedimento.

X - DEPENDENTES: que compreendem dependentes diretos e indiretos como tais definidos no Regulamento Geral da CABERGS.

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

XII - 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.

XIII - FUNDADORAS: Fundação Banrisul de Seguridade Social, Banrisul Serviços Ltda., atual denominação da Banrisul Processamento de Dados Ltda. e a própria CABERGS;

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

XV - HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO: serviços cuja realização depende de procedimento anterior que indique sua necessidade.

XVI - INSTITUIDORA: Banco do Estado do Rio Grande do Sul, S. A.;

XVII - MANTENEDORAS, também denominadas de Patrocinadoras: a INSTITUIDORA, as FUNDADORAS, e as demais pessoas jurídicas que firmarem Convênio de Adesão.

XVIII - MECANISMO DE REGULAÇÃO: ações de controle ou regulação tanto no momento da demanda quanto no da utilização dos serviços, tais como: TPD - Taxa de Participação nas Despesas, Autorização Prévia, Direcionamento, Porta de Entrada, Referenciamento e Hierarquização de Acesso.

XIX - PORTA DE ENTRADA: regra pela qual o BENEFICIÁRIO deverá passar pela avaliação de médico indicado pela CABERGS que irá ou não autorizar o atendimento por um especialista.

XX - REDE CREDENCIADA: prestadores de serviços que mantêm contrato com a CABERGS para atendimento aos beneficiários do Plano.

XXI - REEMBOLSO: é o ressarcimento ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL das despesas relativas aos serviços cobertos pelo PAM II tomados por ele ou por seus DEPENDENTES.

XXII - REFERENCIAMENTO: direito assegurado de escolher o serviço que melhor lhe convier entre os referenciados da REDE CREDENCIADA.

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

XXIV - TAXA DE ADMINISTRAÇÃO: valor que se destina a cobertura das despesas administrativas do PAM II, calculado em percentual.

XXV - TERMO DE ADESÃO: documento pelo qual o ASSOCIADO requer a sua inscrição e/ou de seus DEPENDENTES no PAM II e relaciona todas as doenças e tratamentos de conhecimento prévio dos inscritos.

XXVI - TPD: Taxa de Participação nas Despesas, na forma de co-participação.

XXVII - URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional. Para a caracterização da URGÊNCIA a CABERGS poderá exigir a apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.

Art. 3º - O PAM II, tem por finalidade proporcionar aos seus BENEFICIÁRIOS, assim entendidos aqueles definidos no CAPÍTULO II, assistência médica, paramédica, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, e hospitalar com obstetrícia, nas localidades, do território nacional, onde pelo menos uma MANTENEDORA possuir sede, filial ou agência, observadas as especialidades e obedecidos os limites e condições fixados neste Regulamento.

Parágrafo Primeiro – Por meio de CONVÊNIO DE ADESÃO, poderão ser admitidas no PAM II outras MANTENEDORAS.

Parágrafo Segundo - A prestação de assistência prevista pelo PAM II dar-se-á por meio de REDE CREDENCIADA, mediante o sistema de livre escolha dirigida, consistindo esta na faculdade atribuída aos BENEFICIÁRIOS de, entre os médicos, paramédicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros, hospitais e demais entidades congêneres credenciadas na CABERGS, escolher livremente o que melhor lhe interessar.

Parágrafo Terceiro – A CABERGS poderá utilizar mecanismo de regulação de acesso à REDE CREDENCIADA.

CAPÍTULO II

DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 4º - Compõe a classe dos BENEFICIÁRIOS:

I - BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL;

II - BENEFICIÁRIO DEPENDENTE DIRETO e INDIRETO.

Parágrafo Primeiro - São BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS:

a) os ASSOCIADOS da CABERGS, definidos no inciso II, do art. 2º e inscritos na forma do art. 19;

b) os empregados que se desligarem das MANTENEDORAS por motivo de demissão sem justa causa, não enquadrados na alínea “a”, observadas as condições exigidas para manutenção da qualidade de BENEFICIÁRIO;

c) os empregados que se desligarem das MANTENEDORAS por motivo de aposentadoria, não enquadrados na alínea “a”, observadas as condições exigidas para manutenção da qualidade de BENEFICIÁRIO;

d) aquele indicado pela CABERGS, no caso de falecimento do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, dentre seus DEPENDENTES inscritos.

Parágrafo Segundo - São BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:

a) os DEPENDENTES DIRETOS dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS, como tais definidos no Regulamento Geral da CABERGS e inscritos na forma do art. 19.

b) os DEPENDENTES INDIRETOS dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS, como tais definidos no Regulamento Geral da CABERGS, desde que inscritos no PAMO II.

Art. 5º - Para todos os efeitos deste Regulamento, considera-se **BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL** aquele que estiver em gozo de Suplementação de Auxílio-Doença junto à FUNDADORA FUNDAÇÃO BANRISUL DE SEGURIDADE SOCIAL como empregado em atividade em MANTENEDORA.

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS E DESPESAS COBERTOS

SEÇÃO I

DAS ESPECIALIDADES

Art. 6º - A assistência médica e cirúrgica abrangida pelo PAM II, observados os limites do art. 33, compreende as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo Único - Observados os limites e condições estabelecidos no art. 7º, além das especialidades médicas citadas no caput, terão cobertura do PAM II, as de fonoaudiologia e psicologia.

SEÇÃO II DAS CONSULTAS E SESSÕES

Art. 7º - As CONSULTAS MÉDICAS eletivas e sessões serão realizadas no consultório particular da REDE CREDENCIADA, no horário normal, com hora previamente marcada.

Parágrafo Primeiro – Não obstante o estabelecido no caput, as consultas MÉDICAS e as sessões serão efetuadas segundo condições estabelecidas pela CABERGS que poderá, ao seu exclusivo critério, condicioná-las aos MECANISMOS DE REGULAÇÃO.

Parágrafo Segundo – O encontro médico–paciente apenas para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares ou exclusivamente para prescrição de medicamentos é considerado ato contínuo à consulta médica de origem, não se configurando pois em nova CONSULTA MÉDICA.

Parágrafo Terceiro - Para a especialidade de fonoaudiologia o limite será de 12 (doze) sessões por ano, não cumulativas, para cada BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Quarto - As sessões de psicoterapia, entendidas estas como tratamento prestado por psicólogos ou psiquiatras, incluindo as de Crise - tratamento intensivo com início imediatamente após o atendimento de EMERGÊNCIA - serão limitadas a 12 (doze) sessões por ano civil, por beneficiário.

Parágrafo Quinto – O limite fixado no parágrafo quarto poderá ser acrescido de até 6 (seis) sessões por ano civil, por beneficiário, desde que a solicitação atenda as formalidades da CABERGS e fique comprovada a necessidade da extensão, mediante AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

Art. 8º - Serão também cobertos pelo PAM II, os procedimentos realizados em consultório, pelos médicos credenciados da CABERGS, de curativos a pequenas cirurgias de ambulatório, tais como: retirada de corpo estranho subcutâneo, cirurgia do acne, exereses de calo ou unha.

Art. 9º - O valor das consultas MÉDICAS, sessões e procedimentos realizados em consultório particular será aquele fixado pela CABERGS em tabela própria.

Parágrafo Único - O BENEFICIÁRIO que desejar cancelar consulta MÉDICA, sessão ou procedimento, deverá fazê-lo junto ao profissional, com antecedência mínima de vinte e quatro horas, sob pena de não o fazendo neste prazo, responder pelo pagamento integral, inclusive encargos e TAXA DE ADMINISTRAÇÃO.

SEÇÃO III

DOS SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - SADT

Art. 10 - Os SADT cobertos pelo PAM II são aqueles mencionados no ROL DE PROCEDIMENTOS e realizados na REDE CREDENCIADA, mediante requisição médica e MECANISMO DE REGULAÇÃO.

Parágrafo Primeiro - Poderá a CABERGS ao seu exclusivo critério dispensar os MECANISMOS DE REGULAÇÃO previstos no caput.

Parágrafo Segundo – Os tratamentos de hemodiálise, diálise peritonial, quimioterapia e radioterapia realizados em regime ambulatorial não terão TPD.

Parágrafo Terceiro - Poderá a Diretoria Executiva da CABERGS submeter ao Conselho de Administração, a admissão de outros serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento não mencionados neste artigo que, embora não previstos no ROL DE PROCEDIMENTOS estejam disponíveis, desde que o conselho da sociedade médica da respectiva especialidade assim o recomende.

SEÇÃO IV

DOS PROCEDIMENTOS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Art. 11 – Os hospitais credenciados pela CABERGS serão classificados em cinco categorias - de “A” a “E” -, segundo a tabela de preços que adotarem.

Parágrafo Primeiro - Para internações em hospitais classificados nas categorias de “A” a “D”, o PAM II assegurará aos beneficiários internação em até quarto semi-privativo com banheiro.

Parágrafo Segundo – Na hipótese do hospital possuir acomodação para acompanhante de paciente internado em acomodação até semi-privativa, tal acomodação também será coberta pelo PAM II.

Parágrafo Terceiro – Exceção feita à condição estabelecida no parágrafo quarto, o BENEFICIÁRIO que optar por quarto privativo com ou sem banheiro, com ou sem direito a um acompanhante, arcará com as diferenças de despesas e encargos decorrentes entre esta opção e a assegurada no caput, em relação ao hospital e as profissionais que o atenderem. As diferenças referidas neste parágrafo serão pagas sob a forma de TPD.

Parágrafo Quarto – Caso a internação do BENEFICIÁRIO seja em hospital classificado na categoria “E”, excepcionalmente, admitir-se-á que o paciente fique baixado em quarto privativo com ou sem banheiro, com ou sem direito a um acompanhante, hipótese em que ficará dispensado da regra estabelecida no parágrafo terceiro.

Parágrafo Quinto – O BENEFICIÁRIO que optar por acomodação superior às previstas nos parágrafos precedentes pagará diretamente ao hospital e aos profissionais que o atenderem, as despesas decorrentes.

Art. 12 - Os procedimentos diagnósticos invasivos, os intervencionistas, os cirúrgicos e as internações clínicas somente terão cobertura quando previstos no ROL DE PROCEDIMENTOS e efetuados mediante autorização prévia da CABERGS, que poderá utilizar-se dos demais MECANISMOS DE REGULAÇÃO.

Parágrafo Primeiro – Para obter a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA mencionada no caput, o BENEFICIÁRIO ou pessoa por ele designada, deverá apresentar a CABERGS documento assinado pelo médico assistente no qual conste o quadro clínico, o resultado de provas diagnósticas, os procedimentos solicitados, a data da internação e o período previsto da mesma.

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

Parágrafo Terceiro – Em caso de internação 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 ficará condicionada a justificativa da necessidade, por escrito, do médico assistente.

Parágrafo Quinto – Os procedimentos referidos no caput deste artigo não terão TPD, observado o disposto no art. 11.

Art. 13 – Os atendimentos de URGÊNCIA e/ou EMERGÊNCIA, terão cobertura do PAM II, observado o disposto no art. 24.

Parágrafo Único - Nos casos de comprovada URGÊNCIA, o médico poderá promover a internação ou realizar o procedimento ambulatorial sem a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, hipótese em que deverá ser providenciada pelo responsável pela internação, a obtenção da autorização, até o segundo dia útil imediatamente seguinte ao evento, sob pena de, não o fazendo, perder o BENEFICIÁRIO a cobertura do PAM II.

Art. 14 – O PAM II cobrirá transplantes de rim e córnea, 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;

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.

Art. 15 – O PAM II assegurará o tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10, observadas as restrições previstas nos parágrafos deste artigo.

Parágrafo Primeiro - A cobertura de que trata este artigo será de 30 (trinta) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou em 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.

Parágrafo Terceiro – Além da cobertura prevista no parágrafo segundo, o PAM II 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 no CID- 10, 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 V

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Art. 16 – Observado o disposto no CAPÍTULO IV, serão cobertos pelo PAM II todos os serviços profissionais realizados em hospital e demais despesas hospitalares decorrentes.

Art. 17 – Quaisquer procedimentos hospitalares serão efetuados segundo condições estabelecidas pela CABERGS que poderá ao seu exclusivo critério condicioná-los aos MECANISMOS DE REGULAÇÃO.

CAPÍTULO IV

DOS SERVIÇOS E DESPESAS NÃO COBERTOS

Art. 18 - Não terão cobertura do PAM II, os seguintes serviços e despesas:

- a) atendimento a domicílio, excetuando-se o pediátrico, cuja cobertura obedecerá aos critérios previstos no artigo 31;
- b) cirurgias e/ou procedimentos ilícitos, os proibidos pela ética médica, os experimentais, e os não especificados no ROL DE PROCEDIMENTOS;
- c) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, inclusive aviamento de lentes e óculos;
- d) imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;
- e) medicamentos e materiais importados, inclusive próteses, órteses e seus acessórios, que tenham similar nacional;
- f) internação para investigação diagnóstica e check-up;
- g) cirurgias com finalidade de mudança de sexo;
- h) tratamentos no exterior;
- i) 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:
 - 1 - restauração de funções ou lesões em órgãos, membros e regiões decorrentes de acidentes;
 - 2 - reparação de mal formação congênita em filhos; ou,
 - 3 - reparação de neoplasia ou tumor;
- j) odontológicos, excetuando-se as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- k) transplantes, exceto os previstos no artigo 14;
- l) vacinas;
- m) 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;
- n) inseminação artificial, fertilização “in vitro” e outros procedimentos análogos ou complicações decorrentes de quaisquer destes casos;
- o) fornecimento de materiais, medicamentos e serviços para tratamento domiciliar;
- p) enfermagem particular no hospital ou domicílio;
- q) extraordinários por acomodações superiores às previstas no PAM II;
- r) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- s) remoção de paciente, exceto de uma unidade hospitalar para outra mais próxima a critério da CABERGS, após realizados os atendimentos classificados como URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, quando

caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

t) serviços de auto-atendimento, tipo housing, ou cuidados em casa (home care);

u) outras, tais como:

1 - alimentação de acompanhante;

2 - refrigerantes;

3 - dieta não recomendada pelo médico;

4 - decorações;

5 - taxas adicionais decorrentes da utilização de televisão, rádio, ar condicionado e similares;

6 - chupetas, mamadeiras, lenços, aspiradores de seio, adaptador de bico de seio e outros correlatos;

7 - extraordinários, tais como: telefonemas, despesas de toilette e outros que vierem a ser criados a partir da data deste Regulamento.

CAPÍTULO V

DA INSCRIÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 19 - Serão inscritos no PAM II:

a) na modalidade PAMEG II, os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS:

1 - que na data da entrada em vigor deste Regulamento, estavam inscritos no PAM em uma das seguintes modalidades: PAMES, PAMPA ou PAMEG, 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 PAMEG II;

2 - mencionados nas alíneas "a", "b", "d" e "e" do inciso V, do artigo 2º, do Regulamento Geral da CABERGS, que participe do custeio do PAMEG II e que vierem a assinar o TERMO DE ADESÃO a este Regulamento, egressos da INSTITUIDORA ou FUNDADORAS, bem como seus respectivos DEPENDENTES DIRETOS, em relação aos quais aqueles contribuam para o PAMEG II;

3 – mencionados nas alíneas "b" e "c" do parágrafo primeiro, do artigo 4º, que já estiverem inscritos no PAMEG II e que desejarem permanecer formalmente, bem como seus respectivos DEPENDENTES DIRETOS, em relação aos quais aqueles contribuam para o PAMEG II;

4 - mencionados na alínea "f", do inciso V, do artigo 2º, do Regulamento Geral da CABERGS, que já estiverem inscritos no PAMEG II e que desejarem permanecer formalmente, bem como seus respectivos DEPENDENTES DIRETOS, em relação aos quais aqueles contribuam para o PAMEG II

b) Observado o disposto no art. 47, na modalidade PAMFA II, os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS:

1 - que na data da entrada em vigor deste Regulamento, estavam inscritos na modalidade PAMFA, 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 PAMFA II;

2 – mencionado na alínea “d” do parágrafo primeiro, do artigo 4º, 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 PAMFA II;

c) na modalidade PAMO II, os DEPENDENTES INDIRETOS:

1 - que na data da entrada em vigor deste Regulamento, estavam inscritos na modalidade PAMO, cujo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL vier a assinar o TERMO DE ADESÃO a este Regulamento;

2 - inscritos pelo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL a partir da data da entrada em vigor deste Regulamento.

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, contribuirá ele, em relação às inscrições compulsórias, na modalidade PAMO II.

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

Art. 20 - A perda da qualidade de BENEFICIÁRIO implicará no cancelamento de sua inscrição no PAM II.

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 às MANTENEDORAS ou haveres por elas administrados.

Art. 21 - O BENEFICIÁRIO que promover sua inscrição no PAM II, em qualquer das modalidades a ele permitidas, ficará sujeito às Carências previstas no art. 24.

Parágrafo Primeiro - Em se tratando de recém-nascido, filho de BENEFICIÁRIA, cujo Plano esteja em vigor há mais de 300 dias não haverá CARÊNCIA, se sua inscrição for promovida nos 30 (trinta) primeiros dias de vida.

Parágrafo Segundo – Observado o Art. 19, não obstante o estabelecido no parágrafo anterior deverá o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL promover a inscrição do seu filho como seu BENEFICIÁRIO DEPENDENTE DIRETO, no prazo de 30 (trinta) dias após o nascimento para que o mesmo fique dispensado do cumprimento de qualquer CARÊNCIA.

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

Art. 22 - Dar-se-á o desligamento do BENEFICIÁRIO pelo PAM II, em qualquer de suas modalidades:

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 contribuições por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) intercalados no ano;
- d) imediatamente, quando desligado do quadro funcional de qualquer das MANTENEDORAS, salvo nas hipóteses previstas nas alíneas “b” e “c”, do parágrafo primeiro, do artigo 4º;
- e) por violação às normas deste Regulamento.

Parágrafo Primeiro – O pedido de desligamento de DEPENDENTE, ainda que aceito, não desobriga o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL a quitar as contribuições e TPD 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 primeiro, do artigo 10, 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 MANTENEDORAS, se for o caso.

Parágrafo Quinto - No caso previsto na alínea “d” deste artigo, o direito assegurado ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL referido na alínea “b” do parágrafo primeiro, do artigo 4º de permanecer no Plano, está limitado a um terço do tempo de permanência dele no Plano, respeitado o mínimo de seis e o máximo de 24 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, é assegurado ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL referido na alínea “c” do parágrafo primeiro, do artigo 4º, de permanecer no Plano a razão de um ano para cada ano de contribuição ao mesmo, ou por prazo indeterminado, quando o período de contribuições 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 dias, a contar da data que ele for cientificado.

Parágrafo Nono - 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 - O BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, definido na alínea "a" ou "f", do inciso V, do art. 2.º, do Regulamento Geral da CABERGS, que vier a adquirir a condição de Participante Assistido ou a Pensionista da FUNDADORA Fundação Banrisul de Seguridade Social, deverá manifestar por escrito seu desejo de desligar-se do Plano, assim como dos DEPENDENTES até então inscritos.

Parágrafo Décimo Primeiro - A regra estabelecida no parágrafo precedente não desobriga o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL a proceder na sua inscrição, bem como de seus DEPENDENTES.

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 dias contado da data das respectivas inscrições, caberá a 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 – No caso de desligamento de BENEFICIÁRIO inscrito, a contribuição mensal a ele correspondente será cobrada pro rata die.

Art. 23 - 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.

CAPÍTULO VI

DA CARÊNCIA

Art. 24 – Observado o disposto nos artigos 21, 38 e 44, os BENEFICIÁRIOS do PAM II estarão sujeitos aos seguintes prazos de CARÊNCIA, contados a partir da data de inscrição, considerando-se esta a data do protocolo de recebimento do TERMO DE ADESÃO na CABERGS, devidamente preenchido e assinado:

a) 60 (sessenta) dias para consultas, sessões, procedimentos realizados em consultório particular e SADT em nível ambulatorial que não exijam AUTORIZAÇÃO PRÉVIA, exceto tratamento quimioterápico e radioterápico procedimentos para os quais será observada carência da alínea “b”;

b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos, exceto parto a termo;

c) 300 (trezentos) dias para o caso de parto a termo;

Parágrafo Primeiro – Quando se tratar de urgência ou emergência o BENEFICIÁRIO que se encontrar em período de CARÊNCIA terá cobertura do Plano, limitada a 12 (doze) horas de atendimento.

Parágrafo Segundo – Quando a urgência ou emergência decorrer de acidente pessoal o prazo de CARÊNCIA será de 24 (vinte e quatro) horas.

Parágrafo Terceiro – Ultrapassadas as coberturas asseguradas nos parágrafos anteriores e havendo necessidade de continuidade dos atendimentos de EMERGÊNCIA e URGÊNCIA, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, cessará a responsabilidade financeira do PAM II, passando a responsabilidade pelas despesas ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL.

CAPÍTULO VII

DO CUSTEIO DO PAM II

Art. 25 - O custeio do PAM II, em suas diversas modalidades, será atendido pelas seguintes fontes de receita:

I - Contribuições Mensais:

a) da INSTITUIDORA e das FUNDADORAS, para a modalidade PAMEG II, em conformidade com a Tabela constante do Anexo I deste Regulamento;

b) das demais MANTENEDORAS da CABERGS, em conformidade com o estabelecido nos respectivos CONVÊNIOS DE ADESÃO;

c) do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL do PAMEG II, PAMFA II e PAMO II, cobrada em relação a cada BENEFICIÁRIO por ele inscrito, em conformidade com a Tabela constante do Anexo II deste Regulamento;

II - Taxa de Participação nas Despesas - TPD, nas despesas cobertas, efetivamente realizadas pelos BENEFICIÁRIOS, cobradas dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS, de acordo com os seguintes percentuais:

a) 30% (trinta por cento) para até 12 consultas médicas por ano, por beneficiário;

b) 50% (cinquenta por cento) para o que exceder a 12 (doze) consultas médicas por ano, por BENEFICIÁRIO;

c) 30% (trinta por cento) para até 18 (dezoito) sessões de psicoterapia, por ano, por BENEFICIÁRIO;

d) 30% (trinta por cento) para até 12 (doze) sessões de fonoaudiologia, por ano, por BENEFICIÁRIO;

e) 50% (cinquenta por cento) para os tratamentos em hospital-dia decorrentes de transtornos psiquiátricos previstos nos parágrafos terceiro e quarto do art. 15;

f) 30% (trinta por cento) para os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento de que trata a seção III, do Capítulo III, quando realizados em regime ambulatorial, exceto, hemodiálise, diálise peritoneal, quimioterapia e radioterapia, os quais não terão TPD.

g) 30% (trinta por cento) para os demais procedimentos não referidos neste artigo, exceto aqueles previstos no caput do art. 12, combinado com o parágrafo quinto do mesmo artigo, os quais não terão TPD.

III - Taxa de Inscrição no PAMEG II, PAMO II e PAMFA II, cobrada do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, de cada BENEFICIÁRIO, equivalente ao valor correspondente a uma contribuição mensal, juntamente com a primeira, dispensada esta quando a referida inscrição tenha se dado em decorrência da perda da qualidade de BENEFICIÁRIO no Plano a que estava inscrito, e desde que formulado o pedido nos 30 (trinta) dias subseqüentes ao evento.

IV – Taxa de Administração:

a) percentual incidente sobre as despesas relativas aos serviços prestados através dos convênios de reciprocidade de que trata o art. 29, em conformidade com o que for definido no respectivo convênio;

b) de 10% (dez por cento), incidente sobre o total das despesas relativas aos serviços utilizados pelos BENEFICIÁRIOS, através da REDE CREDENCIADA, não cobertos pelo PAM II, que será cobrada juntamente com a TPD, exceto nos casos previstos no parágrafo primeiro, do art. 11.

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 deste artigo, 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 PAM II, as contribuições mensais e taxas de inscrições por ele feitas, pessoalmente ou em relação aos seus DEPENDENTES, para o custeio do Plano não lhe serão devolvidas, exceto na hipótese prevista no parágrafo décimo segundo, do art. 22.

Parágrafo Terceiro - As contribuições mensais e taxas de que trata este artigo serão devidas a contar da data do crédito das folhas de pagamento de salários ou benefícios das respectivas MANTENEDORAS. Aquelas não liquidadas na aludida data serão atualizadas e acrescidas de encargos, conforme critérios fixados no Anexo III deste Regulamento, divulgados através de Circulares da Diretoria Executiva da CABERGS.

Parágrafo Quarto - A cobrança das contribuições e taxas referidas neste artigo, bem como de eventuais outros débitos, será efetuada pela CABERGS, mediante consignação em folha de pagamento de salários ou benefícios à que fizer jus o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL junto à MANTENEDORA ou, ainda, debitada nas contas bancárias por ele indicadas no ato de sua inscrição ou naquelas que vierem a substituí-las.

Parágrafo Quinto - Caso o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL não perceba salários ou benefícios junto a MANTENEDORA e, ainda, se não dispuser de margem consignável em folha ou saldo disponível nas contas bancárias referidas no parágrafo anterior, as importâncias por ele devidas deverão ser recolhidas por iniciativa dele, BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, diretamente na tesouraria da CABERGS ou em conta bancária da mesma.

Parágrafo Sexto - Ocorrendo o falecimento do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, as importâncias por ele devidas serão debitadas ao seu GRUPO FAMILIAR pensionado junto à FUNDADORA Fundação Banrisul de Seguridade Social ou abatidas de quaisquer haveres deixados pelo mesmo junto às MANTENEDORAS.

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 PAMO II, não poderá ultrapassar a 20% (vinte por cento) de sua renda bruta auferida na data de inscrição de novo BENEFICIÁRIO, exceção feita aqueles que por força do parágrafo segundo do art. 45 vierem a aderir ao PAM II.

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

a) para os BENEFICIÁRIOS definidos na alínea "a", do inciso V, do art. 2º, do Regulamento Geral da CABERGS, o total da sua remuneração fixa junto às MANTENEDORAS;

b) para os BENEFICIÁRIOS definidos nas alíneas "b", "d" e "e", do inciso V, do art. 2º, do Regulamento Geral da CABERGS, a suplementação percebida na FUNDADORA Fundação Banrisul de Seguridade Social e Previdência Oficial;

c) para os BENEFICIÁRIOS definidos na alínea "f", do inciso V, do art. 2º, do Regulamento Geral da CABERGS, a renda mensal que vier a comprovar.

Art. 26 - As Tabelas de Custeio do PAM II, nas modalidades PAMEG II, PAMFA II e PAMO II, mencionadas neste Regulamento, serão periodicamente divulgadas, sob o título de Anexo II, através de Circulares da Diretoria Executiva da CABERGS.

Parágrafo Primeiro - As Tabelas a que alude este artigo serão organizadas pelo critério de faixas etárias dos BENEFICIÁRIOS, observadas as seguintes variações:

a) de 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade;

b) de 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade – com preço 25% superior à faixa anterior;

c) de 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior;

d) de 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior;

e) de 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior;

f) de 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior;

g) de 70 (setenta) anos de idade ou mais - com preço 25% superior à faixa anterior.

Parágrafo Segundo - As contribuições de que trata o art. 25 serão reajustadas sempre que houver aumento do custo dos serviços, da sinistralidade dos eventos ou dos encargos necessários a execução das atividades do Plano, sem prejuízo do disposto no Anexo I, no que se refere a possibilidade de revisão anual dos subsídios concedidos pelas Mantenedoras.

Parágrafo Terceiro - No custo efetivo do Plano será computada a TAXA DE ADMINISTRAÇÃO de 10% (dez por cento).

CAPÍTULO VIII

DO REEMBOLSO

Art. 27 - Nas localidades onde não existir REDE CREDENCIADA, serviços próprios ou convênio de reciprocidade, o BENEFICIÁRIO será reembolsado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação exigida pela CABERGS, constante no formulário padronizado para requerimento, das despesas que efetuar até os limites estabelecidos nas Tabelas adotadas pela CABERGS, observadas as TPD atribuídas aos BENEFICIÁRIOS.

Parágrafo Primeiro - 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.

Parágrafo Segundo - Na hipótese prevista no caput, o reembolso será creditado na conta bancária indicada no ato de sua inscrição ou naquela que vier a substituí-la do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL do GRUPO FAMILIAR a que pertencer o BENEFICIÁRIO.

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

Art. 28 - Em casos de atendimento de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA, poderá o BENEFICIÁRIO ser reembolsado das despesas que realizar, cobertas pelo Plano, respeitados os limites mencionados no artigo anterior e a circunstância de não estarem disponíveis no local REDE CREDENCIADA, serviços próprios ou convênio de reciprocidade.

Art. 29 - Nas localidades onde a CABERGS mantiver Convênios de Reciprocidade, será observado o que dispuser tais convênios.

Art. 30 - Quando o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL ou seus DEPENDENTES inscritos, utilizarem-se de outro qualquer plano de assistência médico-hospitalar, ser-lhes-á assegurado, mediante o pagamento da TPD a que alude o art. 25, 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 PAM II, observadas as demais limitações regulamentares.

Art. 31 - O atendimento médico domiciliar prestado por pediatra credenciado ou não, será reembolsado pela CABERGS, até o limite do valor da consulta médica realizada no consultório particular, previsto na Tabela da CABERGS, observada a TPD correspondente.

Parágrafo Único - Ficará a critério do médico realizar o atendimento domiciliar na qualidade de credenciado.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32 - A identificação fornecida pela CABERGS, acompanhada de documento de Identidade, habilita o BENEFICIÁRIO a utilizar-se dos serviços abrangidos pelo PAM II em quaisquer localidades onde os mesmos existirem, observadas as formalidades estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo Primeiro - Para fins de controle, 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 PAM II.

Parágrafo Segundo - A assinatura referida no parágrafo precedente, assim compreendida aquela passada, de próprio punho, pelo BENEFICIÁRIO, poderá ser substituída pela assinatura eletrônica, procedida por meio de senha.

Art. 33 - A cobertura assegurada neste Regulamento compreende o pagamento pela CABERGS dos serviços oferecidos pelo PAM II por conta e ordem dos BENEFICIÁRIOS, até os limites estabelecidos nas Tabelas por ela adotada, observadas as TPD aludidas no artigo 25, que são de conta dos BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS.

Art. 34 - As despesas decorrentes de locomoção ou traslado, exceto as remoções de que trata a alínea "s", do art. 18, correrão por conta do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL.

Art. 35 - O PAM II assegurará a seus BENEFICIÁRIOS os serviços previstos neste Regulamento, respeitadas as peculiaridades de cada localidade.

Art. 36 - O reingresso do BENEFICIÁRIO no PAM II, após a sua exclusão, dependerá de autorização da Diretoria da CABERGS, observados os prazos de CARÊNCIA.

Art. 37 - O uso indevido do PAM II 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 MANTENEDORAS, quando for o caso.

Art. 38 - O BENEFICIÁRIO que, tendo cumprido os prazos de CARÊNCIA, tiver a sua qualificação alterada ou estiver habilitado a ingressar em outra modalidade de Plano, não estará obrigado a cumprir novos prazos de CARÊNCIA, se efetivar a sua opção, no prazo de 30 dias da ocorrência do evento respectivo.

Art. 39 - O Associado da CABERGS na condição da alínea "a", do inciso V, do art. 2º, do Regulamento Geral que, ingressar em gozo de licença sem remuneração junto a sua MANTENEDORA, poderá manter sua inscrição no PAMEG II, desde que recolha diretamente à CABERGS, além de sua própria contribuição, a parte relativa à contribuição de sua MANTENEDORA.

Parágrafo Único - Se o pedido de manutenção da inscrição for formulado após o prazo de 30 (trinta) dias contado da data em que se iniciou a licença, ficará o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL sujeito ao cumprimento das CARÊNCIAS, na forma do art. 24.

Art. 40 - Observado o inciso VII, do art. 2º, se o BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL vier a falecer, seus respectivos DEPENDENTES no PAMO II 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.

Art. 41 - A INSTITUIÇÃO poderá, a qualquer tempo, condicionar as coberturas previstas neste Regulamento à realização de perícia médica.

Art. 42 – O recém-nascido filho natural ou adotivo de BENEFICIÁRIO terá cobertura assistencial do PAM II durante os primeiros 30(trinta) dias após o parto.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 43 - Os serviços próprios prestados no Ambulatório Médico da CABERGS, por empregados desta, aos BENEFICIÁRIOS, continuarão com o seu caráter de gratuidade, se assim os imperativos atuariais o permitirem.

Art. 44 - Aos BENEFICIÁRIOS do PAMES, PAMEG, PAMFA e PAMO que vierem a aderir ao PAM II não será exigida CARÊNCIA, exceto em relação aos serviços adicionais que passaram a ter cobertura neste Regulamento.

Art. 45 – A partir da entrada em vigor deste Regulamento, os Planos de Assistência Médico-Hospitalar – PAMES, PAMEG, PAMPA, PAMFA e PAMO entram em processo de extinção, observando o direito de permanência dos atuais BENEFICIÁRIOS e o disposto no parágrafo primeiro.

Parágrafo Primeiro – Não serão admitidas novas inscrições nos Planos - PAMES, PAMEG, PAMPA, PAMFA e PAMO, exceto de DEPENDENTES DIRETOS no Plano em que estiver inscrito o respectivo BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL.

Parágrafo Segundo – Quando decorrente de opção do BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, a inscrição de qualquer BENEFICIÁRIO dos Planos referidos no parágrafo precedente no Plano PAMEG II, PAMFA II ou PAMO II, ficará condicionada a migração de todo o GRUPO FAMILIAR ao PAM II.

Parágrafo Terceiro – É facultado ao BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL, na hipótese de perda da qualidade de dependente direto do PAM de seu beneficiário, inscrevê-lo no PAMO II.

Parágrafo Quarto – Novas inscrições de dependentes indiretos não obrigará a migração do GRUPO FAMILIAR.

Art. 46 – As contribuições da INSTITUIDORA e das FUNDADORAS ao PAM – Plano Anterior - serão efetuadas excluindo-se da base de cálculo os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS que migrarem para este Plano – PAM II.

Art. 47 – Os BENEFICIÁRIOS RESPONSÁVEIS inscritos no PAMFA que na data da publicação deste Regulamento não se enquadrarem nas alíneas “a” a “d” do art. 4º, permanecerão no PAM, sendo-lhes vedada a migração para o PAM II.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 48 - Este Regulamento e seus anexos somente será alterado pelo Conselho de Administração e Diretoria Executiva, em reunião conjunta, e sujeito à homologação da INSTITUIDORA.

Art. 49 - Os casos omissos ou de dúvidas na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Executiva, cabendo recurso ao respectivo Conselho de Administração.

Art. 50 - Este Regulamento entra em vigor nesta data, revogadas as disposições em contrário.

Porto Alegre, de 31 de julho de 2008.