SIM - CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

REGULAMENTO DO PLANO NOVO SIM SAÚDE

Cobertura ambulatorial, hospitalar com obstetrícia

Registro Produto ANS 484.323/19-1 em 01/11/2019

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS GERAIS 1
CAPÍTULO II - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO 2
CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 2
CAPÍTULO IV - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 4
Seção I - Das Coberturas Ambulatoriais 4
Seção II - Das Coberturas Hospitalares 6
Seção III - Da Cobertura Adicional 11
Subseção I - Do Atendimento Domiciliar 11
Subseção II - Da Remoção 11
CAPÍTULO V - EXCLUSÕES DE COBERTURA 12
CAPÍTULO VI - DURAÇÃO DO REGULAMENTO 14
CAPÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA 14
CAPÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES 15
CAPÍTULO IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 18
Seção I - Atendimento 18
Seção II - Remoção 18
CAPÍTULO X - REEMBOLSO 19
CAPÍTULO XI - MECANISMOS DE REGULAÇÃO 20
Seção I - Cartão De Identificação Do Beneficiário 20
Seção II - Autorizações Prévias 21
Seção III - Junta Médica 22
Seção IV - Coparticipação 23
Seção V - Serviços Próprios e Rede Credenciada 23
CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 24

CAPÍTULO XIII - REAJUSTE 25

CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS DOS BENEFICIÁRIOS 26

CAPÍTULO XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS 27

Seção I - Do ex-empregado 27

Seção II - Do Aposentado 28

Seção III – Das Disposições Comuns 28

CAPÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BEFICIÁRIO 30

Seção I - Da Exclusão 30

Seção II - Das Penalidades 32

CAPÍTULO XVII - EXTINÇÃO DO PLANO 33

CAPÍTULO XVIII - DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO 33

CAPÍTULO XIX - DISPOSIÇÕES GERAIS 35

CAPÍTULO XX - FORO DE ELEIÇÃO 37

ANEXO I - PLANO DE CUSTEIO 38

CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º. A SIM – Caixa de Assistência à Saúde, nome fantasia SIM, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 35647-6, classificada como Autogestão com patrocinador e inscrita no CNPJ sob o nº 79.831.608/0001-18, com sede administrativa na Avenida Atílio Pedro Pagani, nº 115, sala 1801, 18º andar, Edifício Duetto Office, bairro Pagani, CEP 88132-149, na cidade de Palhoça, Estado de Santa Catarina, e atendimento na Avenida Mauro Ramos, nº 1450, sala 301, 3º andar, Platinum Tower, bairro Centro, CEP 88020-301, na cidadede Florianópolis, Estado de Santa Catarina, é a instituição que operará o Plano de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento.

Art. 2º. São PATROCINADORAS do Plano de Assistência à Saúde:

I. **BADESC** - Agência de Fomento do Estado de Santa Catarina S.A. inscrita no CNPJ sob o nº 82.937.293/0001-00 instalada na Rua Almirante Alvim, 491, Florianópolis-SC, CEP: 88.015-380;
II. **BANCO DO BRASIL** S.A., inscrita no CNPJ sob o nº 00.000.000/0001-91, instalada no SBS Quadra 01, Bloco G Ed. Sede III, Brasília-DF, CEP 70.073-901;
III. **BESCOR** - BESC S.A. Corretora de Seguros e Administradora de Bens Móveis e Imóveis, inscrita no CNPJ sob o nº 82.514.472/0001-27 instalada na Avenida Mauro Ramos, 1207, 5º Andar, Florianópolis-SC, CEP: 88.020-301;
IV. **CODESC** - Companhia de Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ sob o nº CNPJ sob o nº 83.262.535/0001-68 instalada na Rodovia SC 401, nº 4600, Florianópolis-SC, CEP 88.032-005;
V. **FUSESC** – Fundação CODESC de Seguridade Social, inscrita no CNPJ sob o nº 83.564.443/0001-32 instalada na Rua Dom Jaime Câmara, 217, Florianópolis-SC, CEP 88.015-120;
VI. a própria **SIM**.

Parágrafo Único - Será admitida a inclusão de nova Patrocinadora, mediante Convênio de Adesão aprovado pelo Conselho Deliberativo da SIM, observada a legislação.

Art. 3º. O Plano de Assistência à Saúde tratado neste instrumento é denominado **PLANO NOVO SIM SAÚDE**, registro ANS nº 484.323/19-1, doravante denominado PLANO, possui como Características Gerais:

I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com obstetrícia;
III. Fator Moderador: Coparticipação;
IV. Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Estados;
V. Área de Atuação: Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal;
VI. Padrão de Acomodação em Internação: Individual, padrão standard;
VII. Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Art. 4º. Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo IV - DAS COBERTURAS E

PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o PLANO assegura serviços e coberturas adicionais, conforme estabelecido na Seção III do referido Capítulo.

CAPÍTULO II - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O presente Regulamento tem por objetivo disciplinar plano privado de assistência à saúde que se destina à prestação continuada de serviços ou à cobertura de custos assistenciais previstas no inciso I art. 1º da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia e cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

§1° - Este instrumento, quanto à sua natureza jurídica, caracteriza-se pela bilateralidade, onerosidade, presença de vínculo coletivo, ausência de fins lucrativos e inexistência de cunho comercial, sendo gerido por uma instituição de autogestão, pelo sistema de mutualismo.

§2° - O presente regulamento traça as diretrizes de Plano de Assistência à Saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º. Consideram-se Beneficiários TITULARES do Plano SIM Saúde os beneficiários TITULARES ATIVOS, os beneficiários TITULARES VINCULADOS, e os beneficiários TITULARES INATIVOS, na forma que segue;

§1° - Consideram-se Beneficiários TITULARES ATIVOS os (i) empregados do Banco do Brasil oriundos do extinto Banco do Estado de Santa Catarina em razão da incorporação deste, inclusive afastados por auxílio doença; (ii) todos os empregados das demais patrocinadoras, inclusive os afastados por auxílio-doença; (iii) os diretores das patrocinadoras, durante a vigência de seus mandatos.

§2° - Consideram-se Beneficiários TITULARES VINCULADOS os (i) ex-empregados do Banco do Brasil, demitidos sem justa causa, que sejam oriundos do extinto Banco do Estado de Santa Catarina em razão da incorporação deste; (ii) todos os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa das demais patrocinadoras; (iii) todos empregados das patrocinadoras que estejam em licença sem vencimento, sendo que em relação à patrocinadora Banco do Brasil, apenas os oriundos do Banco do Estado de Santa Catarina.

§3° - Consideram-se Beneficiários TITULARES INATIVOS os (i) ex-empregados aposentados oriundos do extinto Banco do Estado de Santa Catarina em razão da incorporação deste pelo Banco do Brasil; (ii) todos os ex-empregados aposentados das demais patrocinadoras.

§4° - Os Beneficiários TITULARES VINCULADOS e os Beneficiários TITULARES INATIVOS, devem optar pela manutenção no PLANO no prazo e conforme condições estabelecidas no presente Regulamento no Capítulo XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

Art. 7º. Consideram-se Beneficiários Dependentes aptos a serem inscritos no PLANO previsto neste Regulamento as pessoas naturais com grau de parentesco vinculadas ao Titular, conforme relação a seguir:

I. cônjuge;
II. companheiro, desde que comprove união estável, como entidade familiar na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
III. filhos/enteados, de qualquer condição, desde que solteiros, não emancipados e menores de 21 (vinte e um) anos e os de idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos que estejam frequentando curso superior, em estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido;
IV. filhos/enteados inválidos, enquanto perdurar a invalidez, não emancipados e que não exerçam atividade remunerada;
V. menor sob guarda ou tutela, com documento judicial comprobatório da respectiva condição, renovável, obrigatoriamente, a cada 02 (dois) anos.

Art. 8°. A admissão no PLANO, para os efeitos deste Regulamento, ocorrerá:

I. em relação aos Beneficiários TITULARES: com o deferimento do pedido de inscrição;
II. em relação aos Beneficiários Dependentes: com a sua qualificação nos termos previstos no artigo anterior, instruída por documentos hábeis, a critério da SIM.

§1° - A inscrição de Dependente é de atribuição exclusiva do Titular e fica condicionada a sua participação no PLANO.

§2° - O pedido de inscrição do titular e a nomeação de seus dependentes se houver, serão feitos em formulário próprio, fornecido pela SIM, no ato de admissão na PATROCINADORA.

§3° - O deferimento da inscrição do Titular implicará na aceitação plena das normas e condições previstas no Estatuto da SIM e neste Regulamento.

§4° - O Titular é obrigado a comunicar à SIM, dentro do prazo de 30 (trinta) dias de sua ocorrência, qualquer modificação subsequente às informações prestadas no ato de sua inscrição.

§5° - O Titular ou Dependente que comprovadamente se ausentar do país para realização de curso no exterior terá sua inscrição suspensa, desde que o Beneficiário Titular requeira a suspensão, e poderá retornar ao PLANO sem cumprimento de novos prazos de carência, desde que o Titular requeira a

reativação da inscrição em até 30 (trinta) dias de seu retorno, mediante comprovação documental.

Art. 9º. É assegurada a inclusão:

I. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

II. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, com aproveitamento do período de carência já cumprido pelo adotante, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.

Parágrafo Único: A inclusão prevista neste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Beneficiário estabelecidas no art. 7º do presente Regulamento.

CAPÍTULO IV - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 10. A SIM cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da SIM, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao PLANO e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I - Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 11. A cobertura ambulatorial compreende:

I. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II. serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigente à época do evento, quando

for o caso;

III. medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;

IV. 12 (doze) consultas/sessões com fonoaudiólogo, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente, limite que poderá ser aumentado para 24 (vinte e quatro), 48 (quarenta e oito) ou 96 (noventa e seis) consultas/sessões, nas mesmas condições destacadas acima, exclusivamente quando preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;

V. 06 (seis) consultas/sessões com nutricionista, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente, limite que poderá ser aumentado para 12 (doze) ou para 18 (dezoito) consultas/sessões, nas mesmas condições destacadas acima, exclusivamente quando preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, estabelecidos especificamente para cada ampliação de limite;

VI. 40 (quarenta) consultas/sessões com psicólogo e/ou com terapeuta ocupacional, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

VII. 12 (doze) consultas/sessões com terapeuta ocupacional, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e desde que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

VIII. 12 (doze) consultas/sessões com psicólogo, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

IX. 18 (dezoito) consultas/sessões de psicoterapia, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e desde que preenchido pelo menos um dos critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

X. 02 (duas) consultas com fisioterapeuta, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativas, desde que solicitadas pelo médico assistente e que preenchidos os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

XI. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

XII. hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

XIII. quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

a) adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

XIV. medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XV. procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XVI. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XVII. hemoterapia ambulatorial;

XVIII. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik) para pacientes com mais de 18 anos e grau estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
(i). miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a -10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
(ii). hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção II - Das Coberturas Hospitalares

Art. 12. A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I. internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias,

solicitadas pelo médico assistente;

II. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;

III. atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e

b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;

IV. exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do Beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V. remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;

VI. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos ou portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares, sendo resguardado a SIM a prerrogativa de autorizar a seu critério a alimentação a acompanhantes para Beneficiários de qualquer idade;

VII. órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

a) cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) o profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da SIM;

c) em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a SIM, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse.

VIII. procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases

medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

a) o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

b) o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

c) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

X. procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) medicamentos para tratamento para antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
d) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
e) hemoterapia;
f) nutrição parenteral ou enteral;
g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
i) radiologia intervencionista;
j) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
k) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do

médico assistente.

XI. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XII. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XIII. transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do Beneficiário receptor;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao Beneficiário receptor;

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

e) o Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

f) as entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o Regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

g) são competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XIV. procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XV. acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

XVI. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu

dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência para internação.

Art. 13. Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I. o atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

II. haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

III. haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

a) entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

Art. 14. O presente Regulamento garante, ainda:

I. atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

II. eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;

III. insumos necessários para a realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

IV. taxas, materiais, contrastes e medicamentos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V. procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

VI. remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

Seção III - Da Cobertura Adicional

Subseção I - Do Atendimento Domiciliar

Art. 15. O Atendimento Médico Domiciliar será oferecido aos Beneficiários do PLANO nos seguintes casos:

I. aos Beneficiários que, durante internação motivada por patologias cirúrgicas/clínicas, possam dispensar a estrutura hospitalar tradicional para a sua recuperação/conclusão do tratamento no seu domicílio;
II. aos Beneficiários em situação de coma vegetativo;
III. aos Beneficiários com DPOC (deficiência pulmonar oclusiva crônica) que necessitem de oxigênio para a sua manutenção.

§1º - A necessidade do Atendimento Médico Domiciliar deverá estar devidamente substanciada por relatório médico indicando a patologia, o tratamento, os recursos necessários e o tempo de duração.

§2º - O Atendimento Médico Domiciliar abrangerá os seguintes recursos necessários ao tratamento dos Beneficiários, desde que prescritos pelo médico assistente:

a) equipamentos médico/hospitalares de suporte e apoio;
b) medicamentos e materiais;
c) honorários médicos, de enfermagem e/ou fisioterapia.

§3º - Os gastos referentes ao Atendimento Médico Domiciliar serão pagos e/ou reembolsados pela SIM, não podendo ser superiores aos custos de internação hospitalar, conforme a seguir:

a) equipamentos e materiais médico/hospitalar: locação/compra pelo menor preço dentre os fornecedores cadastrados;
b) medicamentos: terão como base de preço máximo o Brasíndice;
c) honorários médicos e de fisioterapia: conforme a tabela de serviços utilizada pela SIM;
d) enfermagem: menor preço da hora plantão.

§4º - A SIM autorizará o Atendimento Médico Domiciliar somente após o parecer favorável do seu médico auditor.

§5º - O Atendimento Médico Domiciliar poderá ser prestado através de empresas capacitadas para tal atividade, mediante aprovação prévia de orçamento pela SIM.

§6º - O Atendimento Médico Domiciliar não será aplicado para os casos de enfermagem para acompanhamento de idosos e ou patologias psiquiátricas.

§7º - A SIM efetuará acompanhamento periódico com o objetivo de avaliar e acompanhar a necessidade da manutenção e os custos do Atendimento Médico Domiciliar.

Subseção II - Da Remoção

Art. 16 – Além da remoção prevista em seção específica do presente Regulamento, será garantido o transporte de paciente e ou enfermo do Beneficiário nos seguintes casos:

§1º - Do hospital onde o paciente esteja internado para a residência, após alta hospitalar, pela total incapacidade de locomoção do mesmo pelos meios comuns, com o devido pedido e justificativa do médico assistente.

§2º - Da residência para o hospital, em caso de comprovada urgência e incapacidade de locomoção do paciente pelos meios comuns, desde que esteja em atendimento médico domiciliar nos termos estabelecidos no artigo anterior.

§3º - Em qualquer das situações previstas acima, a SIM deve ser previamente informado da necessidade do transporte, oportunidade em que avaliará a sua aplicabilidade e providenciará a contratação e o pagamento deste.

CAPÍTULO V - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 17. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

I. procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da SIM sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
II. atendimentos prestados antes do início de vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;
III. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aquele que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
IV. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionado, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

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

VI. reprodução in-vitro;

VII. cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VIII. tratamento de rejuvenescimento, de prevenção do envelhecimento ou de emagrecimento com fins estéticos, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

IX. transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

X. despesa com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

XI. honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, mesmo quando, por imperativo clínico, for necessário estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos;

XII. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

XIII. fornecimento de medicamentos e ou material para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado o previsto como Cobertura Adicional neste Regulamento e os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XIV. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

XV. aviamento de óculos, lentes e aparelhos de surdez;

XVI. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XVII. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVIII. aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XIX. serviços de enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar, ressalvado o previsto como Cobertura Adicional neste Regulamento;

XX. procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XXI. aparelhos ortopédicos;

XXII. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do PLANO, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados para atender a este Regulamento, à exceção das situações em que é garantido o reembolso, nos termos deste Regulamento;

XXIV. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento, sendo resguardado a SIM a prerrogativa de autorizar a seu critério a alimentação a acompanhantes para beneficiários de qualquer idade;

XXV. acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;

XXVI. despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não estejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXVII. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXVIII. cirurgia para mudança de sexo;

XXIX. avaliação pedagógica;

XXX. orientações vocacionais;

XXXI. especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXXII. qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência, ressalvado o previsto como Cobertura Adicional neste Regulamento;

XXXIII. remoção domiciliar, ressalvada a prevista como Cobertura Adicional neste Regulamento;

XXXIV. exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXXV. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXVI. exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CAPÍTULO VI - DURAÇÃO DO REGULAMENTO

Art. 18. Este Regulamento vigorará por prazo indeterminado.

CAPÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19. Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às

coberturas previstas neste Regulamento. O direito ao atendimento dos serviços previstos neste Regulamento será prestado após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, Art.12 da Lei n° 9.656/1998:

I. 24 (vinte e quatro) horas para consultas médicas e demais especialidades previstas neste Regulamento (Art. 11 itens IV a X);
II. 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste Regulamento (Art. 24 item I e II, Art. 25 itens I a V);
III. 90 (noventa) dias para exames de diagnose e tratamentos ambulatoriais;
IV. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
V. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

§1º - O prazo de carência será contado a partir do deferimento, pelo órgão competente da SIM do pedido de inscrição, realizado pelo Beneficiário Titular (Arts. 6º e 7º), cujas condições de elegibilidade do Beneficiário deverão ser analisadas no máximo em 05 (cinco) dias úteis da data de protocolo do requerimento na SIM.

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

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

I. o Titular e seus Dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data de vinculação do Titular à PATROCINADORA;
II. o Titular e seus Dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão da PATROCINADORA a SIM;
III. o Dependente cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o PLANO.

§4º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido etc.

§5º - Ultrapassados os prazos de inclusão previstos neste Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral dos períodos de carência estabelecidos neste Regulamento.

CAPÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 20. Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

§1º - No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário, ou o Beneficiário Titular, quando for o caso de Dependente menor ou incapaz, deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do Regulamento, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

§2º - Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

§3º - O Beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela SIM, sem qualquer ônus.

§4º - Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da SIM, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§5º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§6º - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela SIM, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 21. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a SIM oferecerá a cobertura parcial temporária.

§1º - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes.

§2º - A confirmação da doença ou lesão pré-existente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

§3º - As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela SIM por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios,

clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela SIM para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

§4º - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br, bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da SIM, fazendo parte integrante deste instrumento.

§5º - Exercendo prerrogativa legal, a SIM não optará pelo fornecimento do Agravo, conforme conceito previsto em Capítulo específico deste Regulamento.

Art. 22. Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao PLANO, a SIM deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

§1º - Instaurado o processo administrativo na ANS à SIM caberá o ônus da prova.

§2º - A SIM poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão pré-existente.

§3º - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter a documentação necessária para instrução do processo, no prazo fixado por aquela Autarquia.

§4º - Após julgamento, e acolhida a alegação da SIM pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela SIM, bem como será excluído do PLANO.

§5º - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão pré-existente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do Beneficiário até a publicação pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 23. O presente Capítulo não vigorará para:

I. o Titular e seus Dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data de vinculação do Titular à PATROCINADORA;
II. o Titular e seus Dependentes cuja inscrição for solicitada no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão da PATROCINADORA à SIM;

III. o Dependente cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o PLANO.

Parágrafo único: Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso III, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, etc.

CAPÍTULO IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I - Atendimento

Art. 24. Para os fins deste Regulamento, considera-se:

I. atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
II. atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável ou de difícil reparação para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 25. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I. para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais o atendimento ocorrerá sem restrições, se decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do Beneficiário ao PLANO;
II. depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções do Beneficiário;
III. durante o cumprimento do período de carência para internação, será garantido o atendimento de emergência, limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação definida pelo médico assistente;
IV. depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura do atendimento de urgência decorrente de complicação no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que seja necessário para a preservação da vida, órgãos e funções do Beneficiário;
V. durante o cumprimento do período de carência para internação, será garantido o atendimento de urgência e emergência referente ao processo gestacional, limitado as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação definida pelo médico assistente.

Parágrafo Único: Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária, na forma deste Regulamento, e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e

procedimentos de alta complexidade relacionados à Doença e Lesão Pré-existente, haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação definida pelo médico assistente.

Seção II – Remoção

Art. 26. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

§1º - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do PLANO, depois de realizado o atendimento classificado como urgência e emergência, quando caracterizado pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade da atenção ao paciente.

§2º - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizado o procedimento caracterizado como urgência e emergência, no caso do Beneficiário estar cumprindo período de carência para internação hospitalar (Art. 19, IV).

§3º - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizado o atendimento de urgência e emergência, no caso em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resulte na necessidade de evento cirúrgico, leito de alta tecnologia e procedimento de alta complexidade relacionado a Doença e Lesão Pré-existente.

§4º - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I. quando não possa haver remoção por risco de vida do paciente, o seu responsável ou o Beneficiário Titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando, desta forma, a SIM desobrigada a pagar os custos da internação hospitalar, incluindo os honorários médicos contratados;
II. caberá à SIM o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficando, assim, desobrigada dos custos dos atendimentos posteriores prestados ao paciente;
III. na remoção, a SIM deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;
IV. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a SIM estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X - REEMBOLSO

Art. 27. A SIM assegurará o reembolso, no limite das obrigações previstas neste Regulamento, das despesas efetuadas com assistência à saúde relativas ao Beneficiário nas seguintes hipóteses:

I. atendimentos de urgência ou de emergência realizados em todo território nacional;
II. consultas médicas, exames complementares e honorários médicos decorrentes de atendimentos eletivos realizados dentro da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO, quando o Beneficiário for atendido fora da rede contratada ou credenciada da SIM.

§1º - O Beneficiário Titular deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de um ano, contado da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§2º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da SIM (que não será inferior à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela SIM junto à rede de prestadores do respectivo PLANO), descontados os eventuais valores de coparticipação e débitos junto ao PLANO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que atendam à comprovação da despesa efetuada: comprovante de pagamento, emitido no nome do Beneficiário ou Beneficiário Titular, identificando o paciente, contendo carimbo com o CPF e número de registro do Profissional no Conselho de sua especialidade ou quando pessoa jurídica, CNPJ do prestador de serviço, discriminação do serviço prestado ao paciente e a data de emissão.

§3 - Quaisquer débitos do Beneficiário decorrentes de contribuição e/ou utilização do PLANO serão compensados com os créditos decorrentes de reembolso devido pela SIM.

§4º - Em nenhuma hipótese, será aceita: declaração ainda que emitida por instrumento público, para substituição do comprovante de pagamento extraviado ou apresentado fora do prazo de validade, bem como não será concedido nenhum tipo de adiantamento de crédito para os fins regulados nesta Seção.

§5º - A Tabela de Reembolso da SIM está registrada no Cartório de Registro Civil, Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas de Florianópolis, estando também disponível para consulta do Beneficiário na sede da SIM e no sítio da operadora. As revisões na Tabela de Reembolso, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede, ocorrem por decisão do Conselho Deliberativo da SIM.

§6º - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Reembolso podem ser obtidos na sede da SIM, pelo telefone 0800 642 9200 ou pelo e-mail central@simplanodesaude.com.br.

CAPÍTULO XI - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I - Cartão De Identificação Do Beneficiário

Art. 28. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste Regulamento será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido pela SIM para os Beneficiários

cadastrados no PLANO, acompanhado de cédula de identidade destes ou inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares.

§1° - A SIM fornecerá ao Beneficiário o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens previstos neste Regulamento, podendo a SIM adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento ao Beneficiário.

§2° - O cartão de identificação do PLANO será revalidado periodicamente a critério da Diretoria da SIM.

Art. 29. Ocorrendo a exclusão de Beneficiário do PLANO, por qualquer motivo, o Beneficiário Titular obriga-se a devolver, imediatamente, o cartão de identificação de Beneficiário e qualquer outro documento fornecido pela SIM, respondendo pelos prejuízos resultantes do uso indevido ou ilícito desses documentos. Nos casos em que o cartão não seja devolvido à SIM, em razão de perda ou extravio, o Beneficiário Titular deverá assinalar no Requerimento de Exclusão, no qual se responsabiliza, por qualquer eventual má utilização dos serviços, a partir da exclusão do Beneficiário.

§1º - Considera-se uso indevido ou ilícito a utilização, do Cartão de Identificação e dos documentos entregues ao Beneficiário, por terceiros ou por qualquer pessoa da família do Titular que não esteja inscrita como Beneficiário do PLANO. Sendo também indevido ou ilícito o uso do Cartão e dos documentos pelo Beneficiário que perdeu essa condição, por qualquer das hipóteses previstas neste Regulamento (suspensão, exclusão, etc) e utilizar-se do PLANO.

§2º - O uso indevido do Cartão de Identificação de qualquer Beneficiário, a critério da SIM, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo Beneficiário do PLANO, mediante notificação extrajudicial.

§3º - Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular deverá comunicar formalmente o fato à SIM, por escrito, acompanhado de boletim de ocorrência, seja para fins de cancelamento seja para emissão de segunda via.

§4º - Cessa a responsabilidade do Beneficiário Titular a partir da data do protocolo da comunicação escrita à SIM do roubo, furto, perda ou extravio do Cartão de Identificação.

Seção II - Autorizações Prévias

Art. 30. Para a realização dos procedimentos contratados será necessária à obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

Parágrafo Único: Quando do atendimento, o Beneficiário deverá assinar a respectiva "Guia de

Serviço", nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

Art. 31. Quando requerida autorização, o pedido médico deverá ser apresentado à SIM ou diretamente às Redes de Serviços Contratadas, que garantirá o atendimento pelo profissional avaliador no prazo de 01 (um) dia útil, a contar da data da solicitação à SIM, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Art. 32. O retorno ao beneficiário sobre a autorização ou não do evento solicitado será realizado dentro dos prazos estabelecidos pela legislação vigente à época do evento.

Art. 33. Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, em formulário específico disponibilizado pela SIM, ou quando não credenciado, em receituário contendo dados do Beneficiário e descrição do serviço necessário.

Art. 34 - As internações hospitalares serão processadas mediante "Pedido de Internação" feito pelo profissional médico e, de posse deste, o Beneficiário deverá comparecer à dependência do credenciado, onde lhe será expedida a "Guia de Internação". Nos casos de urgência, feito o pedido de internação, o Titular ou seu representante terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para providenciar a respectiva "Guia de Internação".

§1° - As internações hospitalares serão efetuadas em quarto individual, com banheiro privativo e com direito a acompanhante (apartamento standard).

§2° - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela SIM, na acomodação prevista no parágrafo anterior, ao Beneficiário será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

§3° - Os Beneficiários que possuam interesse em acomodações de nível superior ao assegurado pelo plano de saúde deverão negociar e pagar diretamente ao hospital o valor excedente das despesas referentes à troca de acomodação.

Seção III - Junta Médica

Art. 35. A SIM garante, no caso de situações de divergência médica, a solução do impasse por meio de junta médica constituída pelo profissional solicitante, por médico indicado pela SIM e por um terceiro médico, escolhido de comum acordo pelos dois médicos indicado pela SIM e pelo profissional solicitante.

§1° - Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico assistente escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da SIM, que nesse

caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela Operadora.

§2º - Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista neste artigo serão conforme disposto na regulamentação vigente.

Seção IV - Coparticipação

Art. 36. Coparticipação é a parte da despesa assistencial devida pelo Beneficiário, a ser paga diretamente à SIM, após a realização do procedimento coberto por este PLANO, cujos valores ou percentuais são fixados observando-se as normativas editadas pela ANS.

Art. 37. Coparticipação para casos enquadrados no Segmento Ambulatorial são:

I. 40% (quarenta por cento) para consultas, exames de apoio diagnóstico, procedimentos de nível ambulatorial;
II. 5% (cinco por cento) sobre o valor total das despesas, nos casos dos atendimentos médicos domiciliares;

§1º - O valor de coparticipação está limitado ao montante de R$ 239,07 (duzentos e trinta e nove reais e sete centavos) por procedimento realizado.

§2º - Haverá isenção da coparticipação sobre os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise, mesmo os realizados em regime ambulatorial.

§3º - Para internações seja ambulatorial, hospitalar ou psiquiátrica, haverá isenção de coparticipação, incidindo valor de fator de moderação fixo de R$ 300,00 (trezentos reais) por internação.

§4º - Os valores de coparticipação poderão ser parcelados junto a SIM, respeitando os critérios definidos pelo Conselho Deliberativo.

Seção V - Serviços Próprios e Rede Credenciada

Art. 38. A SIM disponibilizará a relação dos prestadores de serviços próprios e credenciados por meio do seu portal corporativo na internet: www.simplanodesaude.com.br, bem como nas suas dependências.

Parágrafo Único: A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da SIM terá suas atualizações disponíveis na sede da SIM ou por meio da internet.

Art. 39. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer prestador de serviços,

implica compromisso para com os Beneficiários quanto a sua manutenção ao longo da vigência do Regulamento, devendo ser observadas as disposições da regulamentação vigente para a mudança da rede assistencial. Em relação à alteração da rede hospitalar, deverão ser observadas as regras abaixo:

I. a substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
II. nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a SIM arcará com a transferência do Beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
III. na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da SIM durante período de internação do Beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a SIM a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma deste Regulamento;
IV. em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a SIM deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 40. O PLANO será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 41. O custeio do PLANO será atendido, entre outras, pelas seguintes fontes de receitas:

I. contribuição mensal dos Titulares: variável em função da faixa etária do Beneficiário, devida por si e por seus Dependentes;
II. contribuição mensal das Patrocinadoras: em relação aos Ativos e aos seus respectivos Dependentes, variável em função da faixa etária;
III. receitas oriundas da coparticipação dos Beneficiários nas despesas efetivamente realizadas, de acordo com as regras previstas em capítulo específico do presente Regulamento;
IV. receitas de aplicações do patrimônio e dos ativos disponíveis;
V. rendimentos de bens de qualquer natureza, títulos, valores, depósitos e aplicações diversas, legalmente permitidas;
VI. doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos itens anteriores;
VII. participações societárias em empresas nacionais.

§1º - O Plano de Custeio integra o presente regulamento conforme ANEXO I, para todos os fins de direito.

§2º - A contribuição referenciada nos incisos I e II será apurada e definida por meio de estudo atuarial, aprovação do Conselho Deliberativo da SIM e anuência das patrocinadoras.

§3º - O Plano de Custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos Beneficiários, valores de patrocínio e eventuais novas fontes de receita e deverá ser publicado, de maneira a torná-lo acessível aos interessados.

§4º - Por ocasião da adesão, será devida uma taxa de inscrição por Beneficiário inscrito, conforme valor estabelecido no Plano de Custeio que deverá ser paga pelo Beneficiário Titular juntamente com a primeira contribuição.

Art. 42. As contribuições das PATROCINADORAS e dos Beneficiários TITULARES de que trata o artigo anterior deverão ser repassadas mensalmente à SIM até o primeiro dia útil do mês subsequente ao de competência, sob pena de ser devido: juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

§1° - A manutenção da adesão da PATROCINADORA e a consequente condição de Beneficiário ficam vinculadas ao pagamento das contribuições atribuídas a cada um.

§2° - As contribuições mensais dos Beneficiários TITULARES devidas por si e por seus Dependentes inscritos, incluindo os valores devidos a título de coparticipação, serão efetuadas mediante desconto automático em folha de pagamento de salário, diretamente à SIM ou mediante débito em conta corrente ou boleto, conforme o caso, até o primeiro dia útil do mês subsequente ao de competência, adotando-se idêntico procedimento quando da liquidação de outros débitos de responsabilidade do Beneficiário Titular.

§3º - A SIM poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia pelos meios de divulgação impressos ou eletrônicos.

§4º - A adesão ao PLANO autoriza a SIM, efetuar débito automático em conta corrente do Titular, de forma irrevogável e irretratável.

Art. 43. O recebimento pela SIM de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

Art. 44. O pagamento antecipado das contribuições mensais não elimina nem reduz os períodos de carência deste Regulamento.

Art. 45. O pagamento dos valores devidos à SIM referentes a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

CAPÍTULO XIII - REAJUSTE

Art. 46 – As contribuições mensais mencionadas neste Regulamento serão reajustadas anualmente, no mês de fevereiro de cada ano, pela variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, acumulado nos 12 (doze) meses anteriores à data base de reajuste, considerando a última competência divulgada, ou outro índice oficial equivalente.

Art. 47 - Além do reajuste financeiro previsto no artigo precedente, as contribuições mensais serão revistas tecnicamente, mediante estudo atuarial, aprovação do Conselho Deliberativo da SIM, com a devida anuência das patrocinadoras, o qual fixará os valores e tabelas de contribuição a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

I. aumento na frequência de utilização dos serviços;
II. aumento dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições do PLANO; e
III. alteração sensível na composição do grupo inscrito no PLANO.

§1º No momento do reajuste anual, também serão revistas as regras de coparticipação, bem como o valor da taxa de inscrição.

§2º - Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao PLANO deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

§3º - Independentemente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral, no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do plano de custeio, entendendo esta como data base única.

Art. 48. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

Art. 49. Para os casos em que seja obrigatória a adoção de *pool* de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da SIM para esse fim, respaldada em avaliação atuarial.

CAPÍTULO XIV - FAIXAS ETÁRIAS DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 50. As contribuições mensais devidas ao PLANO foram fixadas em função da idade do Beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias e percentuais de variação descritos a seguir:

Faixas Etárias	% de Variação por Faixa Etária
00 a 18 anos de idade	**-**
19 a 23 anos de idade	**15,03%**
24 a 28 anos de idade	**18,76%**
29 a 33 anos de idade	**26,05%**
34 a 38 anos de idade	**9,43%**
39 a 43 anos de idade	**8,31%**
44 a 48 anos de idade	**8,31%**
49 a 53 anos de idade	**31,02%**
54 a 58 anos de idade	**15,99%**
59 anos e acima	**32,22%**

Art. 51. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa etária subsequente, automaticamente o valor da contribuição mensal também será alterado no mês seguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§1º. O aumento decorrente da mudança de faixa etária não se confunde com a aplicação do reajuste anual do PLANO previsto neste Regulamento.

§2º. O percentual de variação em cada mudança de faixa etária foi fixado observando-se as seguintes condições:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária da tabela constante do artigo 50.
I. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas da tabela do artigo 50.

Art. 52. Em decorrência da aplicação do disposto no artigo 3º da Lei nº 10.741/03 – Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por mudança de faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual, conforme regras previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Seção I - Do ex-empregado

Art. 53. Ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para o PLANO,

em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º - O período de manutenção da condição de Beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o PLANO, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

§2º - O Titular demitido sem justa causa deve optar pela manutenção no PLANO, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias por meio de resposta ao comunicado que, relativamente a esse direito, receberá da PATROCINADORA juntamente com seu aviso prévio.

Seção II - Do Aposentado

Art. 54. Ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o PLANO, pelo prazo mínimo de dez anos, em decorrência do vínculo empregatício é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

§1º Caso o ex-empregado aposentado tenha contribuído para o PLANO por período inferior a dez anos, ser-lhe-á assegurado o direito de manter-se como Beneficiário do PLANO, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral das contribuições mensais.

§2º - O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, em resposta à comunicação da PATROCINADORA, formalizada no ato da rescisão contratual.

§3º - Na hipótese do empregado aposentar-se pela Previdência Oficial e continuar trabalhando na PATROCINADORA, ser-lhe-á garantido, quando do fim do vínculo laboral, a partir do efetivo desligamento, o direito de optar por sua manutenção no PLANO, o qual será exercido na forma prevista no §2º, nos termos e prazos estabelecidos no caput e §1º, todos deste artigo.

§4º - No caso do empregado, mesmo aposentado pela Previdência Oficial, continuar trabalhando e vir a falecer com seu contrato de trabalho ainda vigente, será mantida a inscrição de seus dependentes incluídos no PLANO pelo prazo previsto no caput ou no §1º deste artigo, conforme fosse a situação do titular na data do falecimento, desde que optem por essa manutenção no prazo de 30 dias contados do óbito do titular e assumam a totalidade das responsabilidades financeiras.

§5º - No que tange aos dependentes inscritos na forma dos incisos III, IV e V do artigo 7º deste Regulamento, o direito previsto no parágrafo anterior somente lhes assistirá enquanto detiverem as

condições que lhes conferem a qualidade de dependentes.

Seção III – Das Disposições Comuns

Art. 55. O PLANO de que trata este Regulamento destina-se a categoria de empregados ativos, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e ex-empregados aposentados, todos considerados em relação às PATROCINADORAS, garantindo, aos ativos, o direito de participar do PLANO enquanto vigentes seus contratos de trabalho e, aos ex-empregados, o direito de manterem-se no PLANO após a extinção do vínculo laboral, nos prazos e condições previstos neste Capítulo.

Parágrafo Único - O direito garantido neste Capítulo é assegurado aos ex-empregados que, no momento da extinção do contrato de trabalho com a PATROCINADORA, não estejam contribuindo para o PLANO, desde que o tenha feito em algum momento da vigência do vínculo laboral e, nesse caso, o direito será concedido na proporção do período ou da soma dos períodos de efetiva contribuição.

Art. 56. A manutenção da condição de beneficiário prevista neste Capítulo, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.

§1º - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§2º - Em caso de óbito do demitido sem justa causa ou aposentado que se mantivera no PLANO após o fim do vínculo laboral, é garantida a permanência dos dependentes destes inscritos no momento do falecimento, pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado, enquanto detiverem as condições que lhes conferem a qualidade de dependentes (incisos III, IV e V do artigo 7º deste Regulamento), desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à SIM, até 30 (trinta) dias após a ocorrência do óbito, sua opção de permanência, sob pena de serem excluídos automaticamente do PLANO.

§3º - As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§4º - O demitido sem justa causa ou aposentado que, durante toda a vigência do contrato de trabalho, não contribuiu para o PLANO, não fará jus ao direito de que trata esse Capítulo.

§5º - O direito de permanência no PLANO se extinguirá nas seguintes hipóteses:

a) com a admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, entendendo-se para tanto o estabelecimento de novo vínculo empregatício que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo

empresarial ou coletivo por adesão, ficando a cargo do ex-empregado a comunicação desse fato à SIM;

b) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo;
c) com o cancelamento, pela PATROCINADORA, do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

§6º - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, ao ex-empregado aposentado e aos seus dependentes vinculados ao plano o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

§7º - Tendo em vista que a SIM é operadora constituída sob a modalidade de autogestão e oferece apenas planos de saúde na modalidade coletivo empresarial, não se lhe aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99, a teor do contido no art. 3º desse normativo.

CAPÍTULO XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I - Da Exclusão

Art. 57. Caberá à PATROCINADORA solicitar a exclusão de Beneficiários TITULARES ATIVOS e seus dependentes, na ocorrência das seguintes situações:

I. perda da qualidade de TITULAR ATIVO, ressalvado o direito de manutenção no PLANO previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
II. perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente, ressalvada a possibilidade de manutenção como Agregado em plano específico para esta categoria.

§1º - A solicitação de exclusão do Beneficiário TITULAR ATIVO do PLANO, por parte das PATROCINADORAS, será encaminhada à SIM contendo, obrigatória e expressamente, as seguintes informações:

a) se a exclusão do Beneficiário se dá em razão de demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, na vigência de seu contrato de trabalho, aposentou-se pela Previdência Oficial e continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;
c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO;
d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO; e
e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter

esta condição.

§2º - Somente serão aceitas as solicitações de exclusão de Beneficiários tratadas neste artigo, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário TITULAR ATIVO foi comunicado do direito estabelecido nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, na forma prevista no §2º do artigo 53 ou no §2º do artigo 54, deste Regulamento.

Art. 58. A SIM poderá excluir os Beneficiários, sem a anuência da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses:

I. em caso de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
II. perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no PLANO previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;
III. perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente, ressalvada a possibilidade de inscrição como Agregado em plano específico para esta categoria
IV. interrupção do pagamento das contribuições, bem como dos valores referentes à participação sobre os serviços utilizados conforme previsto neste Regulamento, pelo prazo superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência da adesão do Beneficiário.

Art. 59. Ainda, considera-se perda da qualidade de Beneficiário:

I. que o requerer;
II. que vier a falecer.

§1° - A exclusão dos dependentes dar-se-á automaticamente, quando da exclusão do Titular ou quando, por qualquer circunstância, perderem esta condição.

§2º - No caso de falecimento do Titular, sua exclusão será automática, observando-se, quanto aos seus dependentes, o que dispuser este Regulamento.

§3° - As despesas de coparticipação incidentes sobre serviços utilizados até a data de exclusão do Beneficiário são devidas à SIM e será cobrada quando da apresentação das faturas pelos prestadores de serviços credenciados, na forma prevista no presente Regulamento.

§4° - Na hipótese de exclusão por inadimplência, o reingresso do Titular com o consequente restabelecimento de seus direitos e vantagens é possível, desde que seja elegível nos termos do

Regulamento, hipótese em que será necessário o cumprimento dos prazos de carência e de cobertura parcial temporária em caso de doenças e lesões preexistentes.

§5° - Não reativada a inscrição do Titular, além da exclusão definitiva de sua inscrição, a SIM poderá tomar as providências que julgar necessárias para a cobrança de seus haveres, inclusive mediante procedimento judicial.

Art. 60. A solicitação de desligamento da SIM pelo Titular implicará na sua exclusão, bem como de seus dependentes.

Seção II - Das Penalidades

Art. 61. Os Beneficiários, que deixarem de observar as normas e prescrições estabelecidas neste Regulamento, sujeitar-se-ão às penalidades previstas no Estatuto da entidade, quais sejam:

I. advertência por escrito;
II. exclusão da inscrição.

§1° – Para a configuração do descumprimento das normas e prescrições que regem a sociedade, basta a ação ou omissão, voluntária ou não, do Beneficiário, respondendo, em qualquer caso, o próprio Titular, ainda que praticada a irregularidade por dependente.

§2° – As penalidades previstas neste artigo serão aplicadas pela Diretoria, cabendo recurso da decisão ao Conselho Deliberativo.

Art. 62. A pena de advertência será aplicada por escrito ao Titular que, por qualquer motivo, deixar de observar as prescrições deste Regulamento, sem prejuízo do que estabelece o Estatuto.

Art. 63. A pena de exclusão da inscrição do Titular será aplicada de conformidade com o Estatuto da Entidade, com consequente exclusão de seus dependentes do PLANO.

Art. 64. As penalidades aplicadas serão anotadas na Ficha de Inscrição do Titular, para efeito de caracterização e graduação da respectiva penalidade.

§1° – Dependendo da gravidade do fato, apurado pela Diretoria, poderá deixar de ser observado a graduação das penalidades previstas nos artigos anteriores para a aplicação das mesmas.

§2° – No caso dos Titulares ativos as penalidades aplicadas serão comunicadas às respectivas PATROCINADORAS.

Art. 65. Caso o Beneficiário, por ação ou omissão, permitir o uso irregular do cartão de identificação

do PLANO, ou sequer possibilitar tal uso, como no caso de extravio do referido documento, fica o Titular obrigado a ressarcir a SIM de todas as despesas apuradas, de forma integral, monetariamente corrigidas pelo INPC ou índice que o substitua, acrescida de juros de 1,0% (um por cento) ao mês, além da multa de 2% (dois por cento) sobre o montante apurado.

§1° – Nesta hipótese, o Titular terá o prazo de 90 (noventa) dias para saldar o seu débito. Caso assim não proceda, sujeitar-se-á a exclusão de sua inscrição e de seus dependentes, ficando facultado à SIM a cobrança por meio da via judicial.

§2° – O Beneficiário excluído da SIM por uso irregular do cartão de identificação do PLANO poderá solicitar o seu reingresso, desde que seja elegível nos termos do Regulamento, sujeitando-se ao cumprimento dos prazos de carência previstos neste Regulamento, bem como de cobertura parcial temporária, no caso de doenças e lesões preexistentes, como se nova inscrição fosse.

Art. 66. A utilização dos serviços assegurados pela SIM, após a exclusão da inscrição do Beneficiário, será considerada uso irregular, respondendo o Titular pelas despesas integrais, monetariamente corrigidas pelo INPC ou índice que o substitua, acrescida de juros de 1,0 % (um por cento) ao mês, além da multa de 2% (dois por cento) sobre o montante apurado.

Art. 67. O Beneficiário que possuir débitos em atraso junto à SIM estará sujeito à cobrança judicial e inclusão nos serviços de proteção ao crédito.

Art. 68. Caberá ao Conselho Deliberativo apreciar, em caráter definitivo, a representação por desrespeito, atitude hostil ou qualquer outro ato considerado insólito, praticado por Beneficiário, contra credenciado.

Art. 69. O não cumprimento pelos Beneficiários, das normas ora estabelecidas exime a SIM de qualquer responsabilidade.

CAPÍTULO XVII - EXTINÇÃO DO PLANO

Art. 70. O PLANO poderá ser extinto por decisão do Conselho Deliberativo da SIM, em razão da sua inviabilidade técnico-financeira e atuarial, ou de normas baixadas pelos órgãos reguladores e fiscalizadores.

Parágrafo único: Independentemente do fator causador da extinção do PLANO, a SIM não terá obrigação de oferecer outro produto em substituição.

CAPÍTULO XVIII - DEFINIÇÕES DOS TERMOS UTILIZADOS NESTE REGULAMENTO

Art. 71. Para efeitos deste Regulamento são adotadas as seguintes definições:

I. **acidente pessoal**: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases**;**

II. **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

III. **agravo:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a SIM e o Beneficiário. Exercendo prerrogativa legal, a SIM não optará pelo fornecimento do Agravo;

IV. **área de abrangência geográfica e atuação do plano**: área definida em Regulamento dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;

V. **atendimento ambulatorial**: compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;

VI. **atendimento eletivo**: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou de emergência;

VII. **carência**: prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;

VIII. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

IX. **cobertura**: garantia, nos limites e modalidades deste Regulamento, do pagamento de despesas médicas e hospitalares, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;

X. **complicações no processo gestacional**: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro e abortamento;

XI. **Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU**: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998;

XII. **consulta médica:** serviço médico para diagnóstico e orientação terapêutica.

XIII. **consulta especializada:** serviço prestado nas especialidades de psicologia,

fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, bem como todas as especialidades medicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XIV. **coparticipação**: valor pago pelo Beneficiário Titular ou pelo Beneficiário à SIM na utilização de consulta, para exames de apoio diagnóstico, procedimentos de nível ambulatorial ou realizados em hospital-dia;

XV. **diretriz:** critério estabelecido para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos;

XVI. **emergência:** evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

XVII. **exame:** auxilia diagnóstico utilizado em complemento avaliação de saúde;

XVIII. **hospital-dia:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

XIX. **internação hospitalar:** situação na qual o Beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento ou procedimento;

XX. **médico assistente:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;

XXI. **contribuição Mensal:** valor estabelecido para custeio do plano de saúde, não incluído o valor devido a título de coparticipação;

XXII. **OPME:** Órtese, Prótese e Material Especial;

XXIII. **pessoa jurídica:** sociedade empresarial e civil, associação, fundação, etc.;

XXIV. **rede prestadora de serviços:** profissional e/ou estabelecimento que oferece serviços de saúde.

XXV. **regulamento:** contem regras e normas do plano de saúde.

XXVI. **reembolso:** Ressarcimento de despesa efetuada com serviço de Saúde, nos termos deste Regulamento;

XXVII. **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:** Cobertura assistencial obrigatória estabelecida pela ANS, para os planos regulamentados, ou posteriores à Lei nº. 9.656/98;

XXVIII. **saúde suplementar:** segmento privado de assistência à saúde;

XXIX. **terapia:** método para tratar determinada doença ou condição de saúde;

XXX. **utilização:** total de utilização de certo procedimento;

XXXI. **segmentação ambulatorial:** cobertura de procedimento realizado em caráter eletivo, urgência e emergência: consulta médica, exame complementar, cirurgia ambulatorial, psicoterapia, fisioterapia, fonoaudióloga, nutrição, terapia ocupacional, psiquiatria, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, hemodinâmica, realizados em consultório ou ambulatório, dentre outros;

XXXII. **segmentação hospitalar:** Assegura cobertura de internação hospitalar e UTI, além de exames complementares, transfusão, quimioterapia, radioterapia, anestésico, taxa de sala na cirurgia, material utilizado durante internação;

XXXIII. **segmentação hospitalar com obstetrícia:** Acresce ao plano hospitalar consultas,

exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e recém-nascido, natural ou adotivo, durante os primeiros trinta dias de vida contados do nascimento ou adoção, observado período de carência.

CAPÍTULO XIX - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 72. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino, ainda que a referência específica seja relativa ao gênero feminino.

Art. 73. A SIM não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Regulamento.

Art. 74. Os casos omissos no presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho Deliberativo da SIM.

Art. 75. Qualquer tolerância ou liberalidade da SIM em relação à interpretação e aplicação das normas deste Regulamento, não implica perdão, novação, renúncia, alteração do pactuado ou modificação regulamentar.

Art. 76. O Beneficiário autoriza a SIM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 77. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

Art. 78. A SIM não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Regulamento entre os Beneficiários e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela SIM.

Art. 79. Este Regulamento só poderá ser reformado ou alterado mediante proposta da Diretoria ou Conselho Deliberativo, mediante aprovação do Conselho Deliberativo, com a devida anuência das patrocinadoras.

Parágrafo Único: As alterações e reformas deste Regulamento não poderão, salvo imposição de lei, contrariar os objetivos e normas gerais prescritos no Estatuto.

Art. 80. Os Beneficiarios não respondem direta ou indiretamente pelas obrigações da sociedade, mas são obrigados a cumprir as disposições regulamentares, sob pena de se tornarem inconvenientes e passíveis das penalidades disciplinadas neste Regulamento.

Art. 81. O Estatuto e este Regulamento farão parte integrante, se necessário, de qualquer convênio,

contrato ou acordo, que a SIM venha a firmar com empresas ou profissionais autônomos, com vistas à efetivação dos objetivos preconizados.

Art. 82. A SIM poderá manter convênios ou acordos com redes de farmácias no sentido de minimizar os custos de aquisição de medicamentos e produtos pelos Beneficiarios, necessários aos tratamentos médicos prescritos.

Art. 83. A SIM, mediante proposta da Diretoria e autorização do Conselho Deliberativo, constituirá, anualmente, provisão de recursos a ser contabilizada em Fundo específico.

CAPÍTULO XX - FORO DE ELEIÇÃO

Art. 84. Para dirimir eventuais questões oriundas deste Regulamento fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do Beneficiário Titular, em razão do vínculo com a PATROCINADORA, na condição de Beneficiário ativo ou assistido.

Palhoça, 01 de Fevereiro de 2023.

Fernanda de Figueiroa Freitas
Presidente do Conselho Deliberativo

Alfeu Luiz Abreu
Diretor Executivo

ANEXO I - PLANO DE CUSTEIO

O Plano de Assistência à Saúde tratado neste instrumento é denominado PLANO NOVO SIM SAÚDE, registro ANS nº 484.323/19-1, possui o seguinte custeio, aprovado pelo Conselho Deliberativo com anuência das Patrocinadoras:

CONTRIBUIÇÃO BENEFICIÁRIOS TITULARES ATIVOS E SEUS DEPENDENTES

Faixas Etárias	VALOR (R$)
00 a 18 anos de idade	R$ 126,19
19 a 23 anos de idade	R$ 145,16
24 a 28 anos de idade	R$ 172,39
29 a 33 anos de idade	R$ 217,30
34 a 38 anos de idade	R$ 237,80
39 a 43 anos de idade	R$ 257,55
44 a 48 anos de idade	R$ 278,96
49 a 53 anos de idade	R$ 365,50
54 a 58 anos de idade	R$ 423,94
59 anos e acima	R$ 560,53

CONTRIBUIÇÃO PATROCINADORA SOBRE BENEFICIÁRIOS TITULARES ATIVOS E SEUS DEPENDENTES

Faixas Etárias	VALOR (R$)
00 a 18 anos de idade	R$ 149,00
19 a 23 anos de idade	R$ 171,39
24 a 28 anos de idade	R$ 203,53
29 a 33 anos de idade	R$ 256,56
34 a 38 anos de idade	R$ 280,73
39 a 43 anos de idade	R$ 304,09
44 a 48 anos de idade	R$ 329,34
49 a 53 anos de idade	R$ 431,51
54 a 58 anos de idade	R$ 500,52
59 anos e acima	R$ 661,77

CONTRIBUIÇÃO BENEFICIÁRIOS TITULARES VINCULADOS OU INATIVOS E SEUS DEPENDENTES

Faixas Etárias	VALOR (R$)
00 a 18 anos de idade	R$ 275,19
19 a 23 anos de idade	R$ 316,55
24 a 28 anos de idade	R$ 375,92
29 a 33 anos de idade	R$ 473,86
34 a 38 anos de idade	R$ 518,53
39 a 43 anos de idade	R$ 561,65
44 a 48 anos de idade	R$ 608,31
49 a 53 anos de idade	R$ 797,01
54 a 58 anos de idade	R$ 924,46
59 anos e acima	R$ 1.222,30

Quando da INSCRIÇÃO de cada Beneficiário TITULAR ou dependente no PLANO será cobrado R$ 42,02 (quarenta e dois reais e dois centavos) a título de “Taxa de Inscrição”.

Além da contribuição mensal, será devida a coparticipação por ocasião da utilização dos serviços pelos Beneficiários, conforme regras previstas em capitulo específico do Regulamento.

Os presentes valores poderão sofrer modificações de acordo com previsto no CAPÍTULO XIII - REAJUSTE que compõe o presente regulamento

Palhoça, 01 de Fevereiro de 2023.

Fernanda de Figueiroa Freitas
Presidente do Conselho Deliberativo

Alfeu Luiz Abreu
Diretor Executivo