PLANO DE SAÚDE

REGULAMENTO DO PLANO SIM FAMÍLIA

Registro Produto ANS 467.417/12-1 em 15/0

SUMÁRIO

CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS GERAIS 4
CAPÍTULO II ATRIBUTOS DO REGULAMENTO 4
CAPÍTULO III CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 5
CAPÍTULO IV 6
Seção I 6
Seção II 7
CAPÍTULO V EXCLUSÕES DE COBERTURA 11
CAPÍTULO VI DURAÇÃO DO CONTRATO 13
CAPÍTULO VII PERÍODOS DE CARÊNCIA 13
CAPÍTULO VIII 14
CAPÍTULO IX 16
Seção I Atendimento 16
Seção II Remoção 17
CAPÍTULO X REEMBOLSO 18
CAPÍTULO XI MECANISMOS DE REGULAÇÃO 19
Cartão De Identificação Do Beneficiário 19
Seção II Autorizações Prévias 20
Seção III Junta Médica 20
Seção IV Coparticipação 21
Seção V 21
CAPÍTULO XII 22
CAPÍTULO XIIIREAJUSTE 23
Sm 23
CAPÍTULO XIV 24
CAPÍTULO XV 25
CAPÍTULO XVI 25
Seção I 25
Seção II Das Penalidades 26
CAPÍTULO XVII EXTINÇÃO DO PLANO 27
CAPÍTULO XVIII 27

CAPÍTULO XIX DISPOSIÇÕES GERAIS **29**
CAPÍTULO XX FORO DE ELEIÇÃO **30**
ANEXO I PLANO DE CUSTEIO **31**

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 e inscrita no CNPJ sob o nº 79.831.608/0001-18, 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 cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento.

Art. 2º. É CONVENIADA do Plano de Assistência à Saúde a própria SIM, já qualificada neste instrumento.

Parágrafo Único - Será admitida a inclusão de nova CONVENIADA, 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 SIM FAMÍLA**, registro ANS nº 467.417/12-1, 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: Estadual;
- **V.** Área de Atuação: Santa Catarina;
- **VI.** Padrão de Acomodação em Internação: Individual, padrão standard;
- **VII.** Formação do Preço: Pré-estabelecido.

CAPÍTULO II
ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art.4º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 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.

Parágrafo Único: O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes de Plano de Assistência à Saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO III
CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art.5º. O presente Regulamento destina-se exclusivamente ao grupo de Beneficiários

Art.6º. Consideram-se Titulares os sócios da SIM.

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

I- o pai e a mãe;
II- o(a) sogro(a);
III- o(a) filho(a) que perde condição de dependência no Plano SIM Saúde;
IV- o(a) enteado(a);
V- o(a) irmão(ã);
VI- cônjuge do irmão;
VII- o(a) neto(a);
VIII- cônjuge do neto(a);
IX- bisnetos (as);
X- o(a) sobrinho(a);
XI- o(a) ex-cônjuge, por determinação judicial;
XII- a nora e o genro;
XIII- o titular e os respectivos dependentes no Plano SIM Saúde, na hipótese daperda de elegibilidade naquele plano.

§1º - Para a inscrição de Beneficiário é necessário o preenchimento do requerimento de inscrição firmado pelo requerente e pelo Titular ou representante legal, ou só por este, no caso de Beneficiário menor ou incapaz, manifestando concordância com os termos deste Regulamento.

§2º - No momento do preenchimento do requerimento de inscrição deverá ser apresentada cópia da carteira de identidade, do CPF, comprovante de residência e dados bancários do Beneficiário ou do Titular, quando for o caso, além de documentoque comprove a relação de parentesco estabelecida entre o Beneficiário e o Titular.

§3º - A inscrição do Beneficiário fica condicionada a participação do Titular no PLANO da SIM destinado a esta categoria.

Art.8º. 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 ocorrano 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.

Parágrafo Único: A inclusão prevista neste artigo fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Beneficiário estabelecidas no presente Regulamento (Art. 6° e 7°).

CAPÍTULO IV
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art.9º. A SIM cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências 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 localde 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.10. 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;

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;

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 - 6 (seis) 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) 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;

V - 6 (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
quandopreenchidos 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 doscritérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANSem 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 previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

VIII - 12 (doze) 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;

IX - 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 fisiatracomo por fisioterapeuta;

X - Hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

XI - 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 deadministração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro doestabelecimento de Unidades de Saúde;

XI.1) 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.

XII - Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos emSaúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XIII - 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;

XIV - Hemoterapia ambulatorial;

XV - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 1 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

(i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a – 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até –4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II
Das Coberturas Hospitalares

Art. 11 - A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

I- Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado dedias, 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 assistente;

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- Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionados com o evento médico;

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, CETINou similares;

VII- Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listadosno Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

VII.1) 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;

VII.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a suaindicação, quando solicitado, 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;

VII.3) Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a SIM, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela SIM.

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 odontológicospassíveis 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;

IX.1) 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:O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliare justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurançaao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execuçãodos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

IX.2) 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) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
d) Hemoterapia;
e) Nutrição parenteral ou enteral;
f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos noRol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúdevigente à época do evento;
h) Radiologia intervencionista;
i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) 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 (Art. 6° e 7°);
b) medicamentos utilizados durante a internação;
c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
e) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde

suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.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 Nacionalde Transplante – SNT;

g) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinaro 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 (compreendida pelas 48 horas após o parto), salvo contra-indicação do médicoassistente e/ou da equipe do hospital ou por até no máximo 10 (dez) dias, desdeque haja indicação do médico assistente, exceto no caso de internação em CTI,UTI, CETIN ou similares;

XVI- Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o Beneficiário (pai ou mãedo recém-nascido) tenha cumprido carência para internação.

Art. 12 - 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;

III.1) 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. 13 - 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 deUtilização (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 anestesiologista, caso haja indicação clínica;
III- Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
IV- Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventosem Saúde da ANS vigente à época do evento.

CAPÍTULO V
EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art.14. 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 reveliada SIM sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
II. Atendimentos prestados antes do início de vigência 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 meiode 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. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
VII. Reprodução in-vitro;
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;

XIV. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cujaeficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

XV. 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;

XVI. Aviamento de óculos, lentes e aparelhos de surdez;

XVII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ounão reconhecidos pelas autoridades competentes;

XVIII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pelaautoridade competente;

XIX. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XX. Serviços de enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXI. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos emSaúde da ANS vigente na data do evento;

XXII. Aparelhos ortopédicos;

XXIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIV. 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 dos atendimentos de urgência ou de emergência e das consultas médicas que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos desteRegulamento;

XXV. 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;

XXVI. Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato (compreendida pelas 48 horas após o parto) ou por até no máximo 10 (dez) dias, nos termos definidos neste Regulamento;

XXVII. 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 nãoestejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

XXVIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
XXIX. Cirurgia para mudança de sexo;
XXX. Avaliação pedagógica;
XXXI. Orientações vocacionais;
XXXII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
XXXIII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
XXXIV. Remoção domiciliar;
XXXV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
XXXVI. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
XXXVII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudançade função e demissionais.

CAPÍTULO VI
DURAÇÃO DO CONTRATO

Art.15. O início da vigência do PLANO será a data da aprovação do regulamento peloórgão regulamentador dos Serviços de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO VII
PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art.16. 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. 10 itens IV a VIII);
II. 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência e de emergência, nostermos definidos neste Regulamento (Art. 21 item I e II, Art. 22 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 Eventosem Saúde da ANS;
V. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

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

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

§3º - O Beneficiário estará isento do cumprimento do período de carência quando suainscrição

for solicitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível ao presente PLANO.

§4º - Para efeitos do parágrafo anterior, o Beneficiário se torna elegível ao PLANO:

I. Quando na época da associação do Titular na CONVENIADA, já existir a relação de dependência com o Beneficiário;
II. Nas seguintes hipóteses, no caso da relação de dependência do Beneficiáriocom o Titular começar após a associação na CONVENIADA:
   a) Da data de início da união estável, no caso de companheiro (a), mediante comprovação pelo instrumento público de constituição de união estável;
   b) Da data do matrimônio, no caso de sogro (a), enteado (a), nora ou genro;
   c) Da data do nascimento, em caso de neto (a) ou sobrinho (a);
   d) Da data da sentença, no caso de menor sob guarda ou de ex-cônjuge;
   e) Da data em que o filho perdeu a condição de dependência estabelecida noPLANO do Titular destinada à categoria de Titular e Dependente.

§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.17. Doenças ou lesões pré-existentes são aquelas que o Beneficiário saiba serportador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

§1º- No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário, ou o representante legal, quando for o caso de 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 caracterizaçãode 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 Cartade 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 darede 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 que o Beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao PLANO, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura econsequências 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.

Art.18. 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 princípiostécnicos, 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 diagnósticoscomprobatórios.

§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 e internet.

§5º - Exercendo prerrogativa legal, a SIM não optará pelo fornecimento do Agravo, conforme conceito previsto nas Disposições Gerais.

Art.19. 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 ou o Titular, 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 ou o Titular,

conforme o caso, 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 constataçãoda doença e lesão pré-existente, pela SIM, bem como será excluído do PLANO.

§5º - Em razão da responsabilidade prevista no parágrafo anterior, o Titular e o Beneficiário autorizam de forma solidária, irrevogável e irretratável, à SIM tomar as providências para cobrança do valor devido, corrigido monetariamente, na folha de pagamento salarial ou de benefício, débito em conta corrente, cobrança bancária, ououtro meio que venha a ser adotado, inclusive nos casos em que o Beneficiário Titularperca o vínculo com a CONVENIADA.

§6º - 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 apublicação pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art.20. As normas do presente Capítulo não vigorarão caso a inscrição do Beneficiário seja requerida no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para ingresso no presente PLANO.

CAPÍTULO IX
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I
Atendimento

Art.21. 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.22. 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 cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de 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 as primeiras 12 (doze) horas ou até queocorra 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 Agregado;
V. durante o cumprimento do período de carência para internação, será garantido o

atendimento de urgência 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 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.23. Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do PLANO e conforme regras previstas nessa Seção.

§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. 16).

§3º - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizado o atendimento de urgência e emergência, no caso em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resulte na necessidade de evento cirúrgico, leito de alta tecnologia e procedimento dealta 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 seuresponsável ou o Titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, ficando, assim,a SIM desobrigado 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 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. 24. A SIM assegurará o reembolso, no limite das obrigações previstas neste Regulamento, das despesas efetuadas com assistência à saúde relativas ao Beneficiário, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO, exclusivamente nas seguintes situações:

I- nos casos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilizaçãodos serviços próprios ou credenciados pela SIM;
II- em função da realização de consultas médicas eletivas.

§1º - O Beneficiário ou o Titular ou o representante legal, quando aquele for menor ouincapaz, 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 ehospitalares 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 pagamento, emitido no nome do Beneficiário ou 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, data de emissão e outros documentos complementares necessários.

§3º - Quaisquer débitos do Titular e/ou do Beneficiário decorrentes de contribuição e/ou utilização do PLANO serão compensados com os créditos decorrentes dereembolso 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 nesse Capítulo.

§5º - A Tabela de Reembolso do PLANO está registrada no 1º Ofício de Registro Civil, Títulos, Documentos e Pessoas Jurídicas de Florianópolis, estando também disponível na sede da SIM e no site www.simplanodesaude.com.br, onde sempre quehouver alteração em referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§6º - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Reembolso podem ser obtidos na sede da SIM.

Art. 25. A garantia de reembolso apenas se dará nas hipóteses expressamente previstas nesse Capítulo (atendimentos de urgência e emergência e consultas médicas eletivas), sendo que nos demais casos, para que haja cobertura pelo PLANO,o procedimento (exame, internação, etc.) deverá ser realizado pelo Beneficiário na rede credenciada ou contratada da SIM.

CAPÍTULO XI
MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I
Cartão De Identificação Do Beneficiário

Art.26. Nenhum atendimento ou serviço previsto neste Regulamento será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido e expedido pela SIM para os Beneficiários cadastrados no PLANO, acompanhado de cédula de identidade destes ou inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência.

§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.27. Ocorrendo a exclusão de Beneficiário do PLANO, por qualquer motivo, o Titular ou representante legal, obrigam-se a devolver, imediatamente, o cartão de identificação de seu Beneficiário e qualquer outro documento fornecido pela SIM. Noscasos em que o cartão não seja devolvido à SIM, em razão de perda ou extravio, o Titular ou Beneficiário, conforme o caso, deverá assinar Termo próprio no qual se responsabilizam, solidariamente, por qualquer eventual má utilização dos serviços, apartir da exclusão do Beneficiário.

§1º - Considera-se uso indevido ou ilícito a utilização do Cartão de Identificação e dos documentos entregues ao Beneficiário, que ceda a por terceiros ou por qualquer pessoa da família do Titular que não esteja inscrita como Beneficiário do PLANO para utilização do mesmo. 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 Titular ou o Beneficiário, conforme o caso, 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 Titular e do Beneficiário 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.28. 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.29. Quando requerida autorização, o pedido médico deverá ser apresentado à Central de Atendimento da SIM ou Central de Atendimento das 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.30. 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. 31. 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 banheiroprivativo 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,a ele 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 optarem por acomodações de nível superior, ficarão obrigados a pagar diretamente ao hospital e profissionais médicos o valor excedentedas despesas, sempre de conformidade com as peculiaridades do estabelecimento hospitalar onde os serviços forem prestados.

Seção III
Junta Médica

Art.32. A SIM garante, no caso de situações de divergência médica, a solução do impasse por meio de junta médica constituída pelo profissional solicitante, por médicoindicado pela SIM e por um terceiro médico, escolhido de comum acordo pelos dois médicos indicado pela SIM e

pelo profissional solicitante.

Parágrafo Único: 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.

Seção IV
Coparticipação

Art.33. Coparticipação é a parte da despesa assistencial devida pelo Beneficiário e pelo Titular, a ser paga diretamente à SIM, após a realização do procedimento enquadrado no segmento ambulatorial coberto por este PLANO, cujos valores ou percentuais são fixados observando-se as normativas editadas pela ANS.

Art.34. 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 dosatendimentos médicos domiciliares;

§1º - O valor de coparticipação está limitado ao montante de R$ 229,73 (duzentos evinte e nove reais e setenta e três 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 decoparticipação, incidindo valor de fator de moderação fixo de R$ 300,00 (trezentos reais) por internação.

Seção V
Serviços Próprios e Rede Credenciada

Art.35. Será disponibilizado ao Beneficiário e ao Titular uma relação contendo osdados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela SIM, obedecidas às regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que o Beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes lactantes, lactentes e crianças até 05(cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais Beneficiários do PLANO.

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 meioda internet.

Art.36. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os Beneficiários quanto a sua manutenção ao longo

da vigência do Regulamento, conforme 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 fraudeou 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 vontadeda 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 operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CAPÍTULO XII
FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art.37. 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 alteraçõesposteriores.

Art.38. O Titular deverá pagar à SIM, uma contraprestação pecuniária mensal definida em função das faixas etárias em que o Beneficiário se enquadrar, bem como os valores de coparticipação (art. 34) em decorrência da utilização dos serviços cobertospor este PLANO, na forma desse regulamento.

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

§2º - As contribuições dos Beneficiários deverão ser repassadas mensalmente à SIM até o primeiro dia útil do mês subsequente ao de competência, sob pena de ser devido: correção monetária conforme variação do INPC, juros de mora de 1,0% (um por cento)ao mês e multa de 2%(dois por cento) aplicada sobre o montante corrigido.

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

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

Art.39 - Quando da INSCRIÇÃO de cada Beneficiário no PLANO será cobrado valor a título de Taxa de Inscrição definido no Anexo I – Plano de Custeio.

Parágrafo único – O recebimento pela SIM de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação ou transação.

Art.40. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de

carência deste Regulamento.

Art.41. O pagamento dos valores devidos à SIM referentes a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Art.42. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de mensalidade ou coparticipação, os débitos e demais encargos, sofrerão correção monetária conformevariação do INPC, juros de mora de 1,0% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) aplicada sobre o montante corrigido e inclusão nos serviços de proteção ao crédito.

Parágrafo único: Na hipótese de inadimplência do Beneficiário Titular ou Beneficiário Agregado por 90 (noventa) dias, consecutivos ou não nos últimos doze meses de vigência da adesão do Beneficiário Agregado, o Beneficiário Agregado será excluído do PLANO, automaticamente, sendo que o débito existente na data da exclusão serácobrado diretamente na folha de pagamento do Beneficiário Titular, em virtude da solidariedade passiva do Beneficiário Agregado com o Beneficiário Titular no tocante às obrigações para com o PLANO.

CAPÍTULO XIII
REAJUSTE

Art.43. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços serão reajustados anualmente, na data de aniversário do PLANO, considerada esta como o mês da vigência deste Regulamento, utilizando-se para tal fim a variaçãopositiva do INPC, acumulada nos 12 (doze) meses anteriores à data de aniversário do PLANO, sendo apurada com uma antecedência de 02 (dois) meses e divulgada pelos meios escritos e eletrônicos aos Beneficiários.

Art.44. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do PLANO, este será reavaliado com o fim se adotar medidas econômico-financeiras que garantam a solidez do PLANO e as exigências dos órgãos de regulação e fiscalização.

§1º - O desequilíbrio econômico-atuarial é constatado quando o nível de sinistralidade do PLANO ultrapassar o índice de 82% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do PLANO, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

§2º - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: $R = \frac{S}{Sm} - 1$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)Sm - Meta de Sinistralidade expressa em Regulamento

§3º - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto nesse artigo, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no artigo anterior e na mesma data, de forma a garantira anualidade dos reajustes.

Art.45. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no artigo 44, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

Art.46. Independentemente da data de inclusão dos Beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente Regulamento, entendendo-se esta como data base única.

Art.47. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo PLANO em um determinado Regulamento.

Art.48. Nenhum Regulamento poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão demudança de faixa etária, migração e adaptação do Regulamento à Lei 9656/98.
Art.49. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CAPÍTULO XIV
FAIXAS ETÁRIAS DOS BENEFICIÁRIOS

Art.50. As mensalidades do PLANO foram fixadas em função da idade do Beneficiário, de acordo com as seguintes faixas etárias vigentes no momento da aprovação do produto pela ANS e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixas Etárias	% de Reajuste
00 a 18 anos de idade	**-**
19 a 23 anos de idade	**15,00%**
24 a 28 anos de idade	**18,77%**
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 mensalidade também será alterado no mêsseguinte ao do aniversário do Beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido.

§1º. O aumento decorrente da mudança de faixa etária não se confunde com a aplicação do indexador anual de reajuste (INPC), com eventual reajuste financeiro para compensação de sinistralidade, com revisão atuarial do PLANO.

§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 .

II- A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixasda tabela do artigo 50.

Art. 52. Em decorrência da aplicação do disposto no artigo 3º da Lei nº 10.471/03 – 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 financeiro anual (INPC) com eventual reajuste técnico para compensação desinistralidade, com revisão atuarial do PLANO.

CAPÍTULO XV
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 53. A SIM assegurará ao Beneficiário o direito de manutenção no presente PLANO previsto nos parágrafos 2º e 3º do art. 30 e no parágrafo §2º do art. 31, ambosda Lei nº 9.656/98 – Lei dos Planos de Saúde.

Parágrafo Único: Deverão ser observadas as condições legais estipuladas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 para exercício do direito de manutenção de que trata o *caput* deste artigo.

CAPÍTULO XVI
CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I
Da Exclusão/Suspensão

Art. 54. Caberá ao Titular solicitar a exclusão de Beneficiário quando não mais quisermanter o Beneficiário no PLANO, por qualquer motivo.

Parágrafo único. Poderá também ser excluído do PLANO quando o Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição no PLANO, ficando obrigado o Titular o pagamento dos débitos eventualmente existentes.

Art.55 A SIM só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde do Beneficiário, nas seguintes hipóteses:

- **I.** caso de fraude ao PLANO ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionadaà doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo na ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- **II.** perda da qualidade de Beneficiário, no caso de deixar de atender às condiçõesexigidas para sua inscrição previstas neste instrumento (Art. 7º);
- **III.** inadimplência do Titular em relação à mensalidade devidas ao PLANO,conforme previsto no parágrafo único do art. 42 deste Regulamento.

Parágrafo único. Na hipótese de exclusão do Beneficiário Titular do Plano SIM, o Participante Externo (Agregado) será imediatamente excluído deste PLANO.

Seção II
Das Penalidades

Art. 56. O Titular e/ou o Beneficiário 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.

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

Art. 57. 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. 58. As penalidades aplicadas serão anotadas na Ficha de Inscrição do Beneficiário, para efeito de caracterização e graduação da respectiva penalidade.

Parágrafo único – Dependendo da gravidade do fato, apurado pela Diretoria, poderádeixar de ser observado a graduação das penalidades previstas nos artigos anteriores para a aplicação dasmesmas.

Art. 59. 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 Beneficiário e/ou Titular, solidariamente responsável pela obrigação de ressarcir a SIM de todas as despesas apuradas, de forma integral, monetariamente corrigidas pelo INPC ou índice que o substitua, acrescida de juros de1,0 % (um por cento) ao mês, além da multa de 2% (dois por cento) sobre o montanteapurado.

§ 1° – Nesta hipótese, o Beneficiário e/ou Titular terão o prazo de 30 (trinta) dias parasaldar o seu débito. Caso assim não procedam, sujeitar-se-ão à exclusão do PLANO,ficando facultado à SIM a cobrança através da via judicial.
§ 2° – O Beneficiário excluído da SIM por uso irregular do cartão de identificação do PLANO, antes de manifestar sua intenção de reingresso, deverá comprovar a quitação Diretoria, sujeitar-se-á ao cumprimento dos prazos de carência prevista neste Regulamento, como se nova inscrição fosse.

Art. 60. A utilização dos serviços assegurados pela SIM, após a exclusão da inscrição do Beneficiário será considerada uso irregular, respondendo 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 montanteapurado.

Art. 61. Caberá ao Conselho Deliberativo apreciar, em caráter definitivo, a representação por desrespeito, atitude hostil ou qualquer outro ato considerado insólito, praticado pelo Beneficiário contra credenciado.

Art. 62. O não cumprimento pelo Beneficiário das normas ora estabelecidas exime a SIM de qualquer responsabilidade.

CAPÍTULO XVII
EXTINÇÃO DO PLANO

Art.63. O Plano SIM Família 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.64. 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 delesões 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 territórionacional, 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, 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 pelofornecimento 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, durante o qual o Beneficiário não têm direito às coberturas contratadas;

VIII- **CBHPM**: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

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

X- **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;

XI- **Complicações no processo gestacional**: alterações patológicas durante agestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuroe abortamento;

XII- **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;

XIII- **Consulta médica:** serviço médico para diagnóstico e orientação terapêutica.

XIV- **Consulta especializada:** serviço prestado nas especialidades de psicologia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, bem como todas as especialidades medicas reconhecidas pelo Conselho Federal de medicina.

XV- **Coparticipação**: valor pago pelo Beneficiário à Operadora na utilização de consulta, exame e internação no tratamento dos transtornos psiquiátricos.

XVI- **Diretriz:** critério estabelecido para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos.

XVII- **Emergencia:** evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

XVIII- **Exame:** auxilia diagnóstico utilizado em complemento avaliação de saúde

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

XX- **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;

XXI- **Médico assistente:** médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao paciente;

XXII- **Mensalidade:** valor estabelecido para custeio do PLANO, não incluído ovalor devido a título de coparticipação.

XXIII- **OPME:** Órtese, Prótese e Material Especial.

XXIV- **Pessoa Jurídica:** sociedade empresarial e civil, associação, fundação, etc.

XXV- **Rede prestadora de serviços:** profissional e/ou estabelecimento queoferece serviços de saúde.

XXVI- **Regulamento:** contem regras e normas do PLANO.

XXVII- **Reembolso:** Ressarcimento de despesa efetuada com serviço de Saúde, nos termos deste Regulamento.

XXVIII- **Rol de procedimentos e eventos da ANS:** Cobertura assistencial obrigatória estabelecida pela ANS, para os planos regulamentados, ou posteriores à Lei nº. 9.656/98.

XXIX- **Saúde suplementar:** segmento privado de assistência à saúde,

XXX- **Terapia:** método para tratar determinada doença ou condição de saúde.

XXXI- **Utilização:** total de utilização de certo procedimento.

XXXII- **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.

XXXIII- 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.

XXXIV- 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, observadoperíodo de carência.

CAPÍTULO XIX
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.65. Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino, ainda que a referência específica seja relativa ao gênero feminino.

Art.66. A SIM não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Regulamento.

Art.67. Os casos omissos no presente Regulamento serão resolvidos em primeira instância pela Diretoria Executiva da SIM e em segunda instância pelo Conselho Deliberativo da SIM.

Art.68. 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.69. O Beneficiário autoriza a SIM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art.70. Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária.

Art.71. 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 Titular ou seu Beneficiário e os médicos-assistentes credenciados e/ou não credenciados pela SIM.

Art.72. Este Regulamento só poderá ser reformado ou alterado mediante proposta daDiretoria ou Conselho Deliberativo, mediante aprovação por maioria Conselho Deliberativo.

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

Art.73. O Beneficiário não responde 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.74. Os casos omissos e os de interpretação duvidosa serão resolvidos, em caráterdefinitivo,

pela Diretoria, juntamente com o Conselho Deliberativo.

Art.75. 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.76. A SIM poderá manter convênios ou acordos com redes de farmácias no sentido de minimizar os custos de aquisição de medicamentos e produtos pelos Beneficiários, necessários aos tratamentos médicos prescritos.

CAPÍTULO XX
FORO DE ELEIÇÃO

Art.77. Para dirimir eventuais questões oriundas deste Regulamento fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do Titular, em razão do vínculo com a CONVENIADA, na condição de associado.

Palhoça, 01 de Fevereiro de 2024.

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 SIM FAMÍLIA, registro ANS nº 467.417/12-1, possui a seguinte tabela de mensalidades por faixa etária, aprovada pelo Conselho Deliberativo:

Faixas Etárias	VALOR
00 a 18 anos de idade	**R$ 365,40**
19 a 23 anos de idade	**R$ 420,32**
24 a 28 anos de idade	**R$ 499,16**
29 a 33 anos de idade	**R$ 629,18**
34 a 38 anos de idade	**R$ 688,52**
39 a 43 anos de idade	**R$ 745,76**
44 a 48 anos de idade	**R$ 807,71**
49 a 53 anos de idade	**R$ 1.058,24**
54 a 58 anos de idade	**R$ 1.227,53**
59 anos e acima	**R$ 1.622,97**

Quando da INSCRIÇÃO de cada Beneficiário no PLANO será cobrado **R$ 44,17** (quarenta e quatro reais e dezessete centavos) a título de "Taxa de Inscrição".

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

Palhoça, 01 de Fevereiro de 2024.

Fernanda de Figueiroa Freitas
Presidente do Conselho Deliberativo

Alfeu Luiz Abreu
Diretor Executivo