



Regulamento **PASA**

360

Vitória

Aprovado na Reunião da Diretoria
de 26 de novembro de 2019.

Aprovado na 109ª Reunião do Conselho
Deliberativo em 05 de dezembro de 2019.

Av. Presidente Vargas, nº 3131 | 10º Andar - Salas 1003 a 1006
Cidade Nova,
Rio de Janeiro/RJ – 20.210-911

<http://www.saudepasa.com.br/>

I. Características Gerais

1.1. Este Regulamento tem por objetivo estabelecer diretrizes para a utilização do plano PASA 360 VITÓRIA, benefício nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetria, modulado no sistema de **porta de entrada**.

1.2. Todas as regras aqui definidas foram previamente debatidas pela Diretoria e Conselho Deliberativo da Associação, respeitando as premissas fixadas por toda a coletividade para perenidade desta autogestão, na forma do Art. 10, parágrafo terceiro, da Lei 9.656/98.

1.3. O plano tem como premissa o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), constituído por equipes multidisciplinares que fazem a gestão do paciente, através de um conjunto de ações coordenadas para exercer a atenção continuada à saúde.

1.4. Este formato, que também propõe uma relação interpessoal de confiança entre os usuários e os profissionais de saúde, é representado pelo número 360 aplicado ao nome por remeter a um ciclo contínuo de cuidado do paciente, com ações de manutenção da saúde a partir de sua primeira utilização.

1.5. Qualificação da Operadora:

Razão Social: PASA – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO APOSENTADO DA VALE

CNPJ: 39.419.809/0001-98

Registro na ANS: 33198-8

Classificação da Operadora: Autogestão em Saúde

Endereço: Av. Presidente Vargas, nº 3131 – 10º Andar, Salas 1003 a 1006 –

Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ – 20.210-911

1.6. Qualificação do Contratante:

Por se tratar de plano fornecido, exclusivamente, a associados e seus agregados, as qualificações do contratante encontram-se dispostas na ficha de adesão, bem como, de associação, parte integrante deste regulamento.

1.7. Informações do Produto:

Nome Comercial: PASA 360 VITÓRIA

Tipo de Contratação: coletivo por adesão

Segmentação Assistencial: ambulatorial e hospitalar sem obstetria

Área Geográfica de Abrangência: por grupo de municípios (Cariacica/ES; Serra/ES; Vila Velha/ES e Vitória/ES)

Formação de preço: pré-estabelecido

Padrão de Acomodação em Internação: enfermaria

Serviços e coberturas adicionais: Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem cobertura adicional

1.8. O plano de saúde em comento é de prestação continuada de serviços, com cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à assistência médica hospitalar, nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetria, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

II. Do Tipo e Forma de Atendimento

2.1. A cobertura dos atendimentos se dará, exclusivamente, nas entidades previamente credenciadas pela Associação, nas cidades de Cariacica/ES; Serra/ES; Vila Velha/ES e Vitória/ES.

2.2. O presente plano possui atendimento exclusivo no regime de credenciamento, através do sistema de "PORTA DE ENTRADA", nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia.

2.2.1. Entende-se como "PORTA DE ENTRADA" o mecanismo de regulamentação elegido pela Associação para gerenciamento e encaminhamento do beneficiário à rede credenciada/referenciada, sendo sua utilização **obrigatória**.

2.3. Para atendimentos eletivos junto à rede credenciada, o beneficiário deverá se dirigir ao prestador eleito como "PORTA DE ENTRADA", cabendo à equipe multidisciplinar analisar, autorizar e direcionar o beneficiário à rede referenciada/credenciada.

2.4. Não será permitido o acesso direto à rede credenciada, ainda que portando pedido médico e/ou guia, sem a prévia aprovação da "PORTA DE ENTRADA".

2.5. O beneficiário só poderá ser atendimento no prestador referenciado pela equipe da "PORTA DE ENTRADA", sendo vedada/proibida a busca direta por atendimento.

2.6. Fica eleita como "PORTA DE ENTRADA" para atendimento a Clínica PASA sediada na cidade de Vitória/ES, cabendo a todos os beneficiários, ainda que residentes em outras cidades, inclusive Serra; Vila Velha e Cariacica, dirigir-se ao município eleito (Vitória) para redirecionamento à rede credenciada

2.7. As despesas com deslocamento para a PORTA DE ENTRADA e/ou prestadores referenciados serão arcadas, exclusivamente, pelo beneficiário.

2.8. Em caso de fechamento, interdição, modificação ou paralisação da Clínica PASA, caberá à Diretoria da Associação eleger novo local como "PORTA DE ENTRADA".

2.9. Nos atendimentos de emergência e urgência, o beneficiário deverá dirigir-se, imediatamente, ao atendimento da unidade hospitalar credenciada, sem a utilização do mecanismo de "PORTA DE ENTRADA". Todavia, após alta médica, para continuidade do tratamento, deverá observar os mecanismos regulares para autorização de procedimento/tratamento eletivo.

III. Condições de Admissão e Manutenção do Plano

3.1. Para ingresso na qualidade de titular, deverá o beneficiário observar as previsões existentes no Estatuto da Associação.

3.2. O titular poderá, caso assim queira, solicitar a inclusão dos seguintes agregados:

- a. Cônjuge ou companheiro;
- b. Filhos e/ou enteados;
- c. Menores sob guarda;
- d. Pais, padrasto, madrasta;
- e. Sogros;
- f. Netos;
- g. Irmãos;
- h. Sobrinhos;
- i. Bisnetos.

3.3. O rol de agregados é taxativo, isto é, não permite inclusões além das previsões acima, em observância aos limites permitidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sendo a análise do grau de parentesco feita com base no primeiro associado titular, ainda que falecido.

3.4. A comprovação da qualidade de agregado dar-se-á através da apresentação de documentação oficial e demais elementos, conforme regras definidas em normativo próprio da Associação.

3.5. A inclusão de agregados é atribuição exclusiva do titular, sendo vedada a auto inclusão e/ou sua realização por terceiros, ressalvado o procurador regularmente constituído, mediante procuração pública.

3.6. Uma vez que a inclusão de agregados é facultativa, responde o associado titular de forma irrestrita por todos os atos, omissões, dívidas desses, independentemente do motivo, na forma do Estatuto.

IV. Condições de Perda do Plano

4.1. O plano é destinado, exclusivamente, aos indivíduos elencados no tópico antecedente, nos exatos graus de parentesco lá enumerados, perdendo a qualidade de beneficiário:

- a. Requerimento de cancelamento do plano pelo próprio beneficiário ou titular;
- b. Perda da qualidade/grau de parentesco enumerado no tópico antecedente;
- c. Fraude, simulação ou qualquer outro ato que atente contra a moralidade, lealdade, bons costumes, respeito, urbanidade, falta grave, normas trabalhistas; honestidade e normas internas da Associação, independentemente da constatação de prejuízo financeiro;
- d. Morte do titular e/ou agregados, desde que inobservado o processo de sucessão;
- e. Inadimplência; e
- f. Nos demais casos previstos no Estatuto e normas da Associação.

4.2. O cancelamento do plano por inadimplência dar-se-á em caso de não pagamento superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, ocorridos nos últimos 12 (doze) meses, culminando no cancelamento de **todo o grupo de agregados**.

4.3. O cônjuge ou companheiro que se separar; divorciar ou deixar de conviver de forma estável perderá a condição de agregado, levando consigo os demais agregados que não detenham vínculo direto com o associado titular. É VEDADO ao associado negociar/acordar/oferecer/permitir/transacionar, a qualquer título, a manutenção do ex-cônjuge/companheiro no plano e/ou permanecer silente quanto ao fim da união.

4.4. Eventuais multas, autuações e/ou penalizações incorridas pela Associação advindas de inobservância quanto ao grau de parentesco enumerado acima serão passíveis de cobrança diretamente ao titular.

4.5. Uma vez perdida a qualidade de associado titular, independentemente do motivo, ressalvado o caso de falecimento, automaticamente, os agregados serão excluídos e o plano cancelado.

V. Do Processo de Sucessão

5.1. Após falecimento do associado titular, no prazo máximo e improrrogável de 60 (sessenta) dias contados do falecimento, poderão os agregados solicitar a permanência no plano, assumindo a titularidade.

5.2. A permanência do agregado no plano observar-se-á às regras previstas na Associação, especialmente os limites para novas inclusões, na forma do Estatuto e demais normas porventura existentes.

5.3. A sucessão só ocorrerá nos casos de associados adimplentes, cabendo aos sucessores, primeiramente, o pagamento dos valores vencidos.

5.4. Independentemente de notificação, os agregados sobreviventes deverão iniciar o processo de sucessão a partir do falecimento do titular.

VI. Coberturas e Procedimentos Garantidos

6.1. As coberturas dar-se-ão, exclusivamente, através da rede referenciada da Associação, inexistindo possibilidade de reembolso de despesas (livre escolha de prestadores).

6.2. O plano é **restrito ao rol de eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, vigente à época do evento, e o disposto no Art. 12, da Lei 9.656 de 1998 (Leis dos Planos de Saúde), nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia.

6.2.1. Entende-se por **cobertura ambulatorial** os atendimentos realizados em consultórios, clínicas ou ambulatórios, sem a necessidade de internação, tais como consultas, tratamentos, terapias e exames ou quaisquer outras classificações que venham a ser criadas.

6.2.2. A **cobertura hospitalar** compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, incluindo as despesas com honorários médicos, taxas, medicamentos, inclusive materiais utilizados e alimentação;

6.3. É garantido, ainda, a cobertura dos procedimentos especiais:

- a. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b. quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c. radioterapia ambulatorial;
- d. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- e. hemoterapia ambulatorial;
- f. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- g. nutrição parenteral ou enteral, em regime de internação;

h. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

i. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

j. radiologia intervencionista;

k. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

l. procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

6.4. O presente benefício garante, sem limitação de dias, a internação hospitalar, desde que o tratamento/procedimento prescrito pelo profissional assistente só possa ser realizado em regime de internação, devendo haver o respectivo imperativo clínico.

6.5. O benefício ainda prevê cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

6.6. É, ainda, garantida a cobertura dos itens listados abaixo:

a. atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998;

b. participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;

c. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, na rede própria e referenciada;

d. cobertura de serviços de apoio 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 não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9656/1998, artigo 14, II, da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

e. cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

f. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

g. cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

h. atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

i. cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

j. cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

k. cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

l. cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;

m. cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como, as despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

VII. Procedimentos Não Cobertos

7.1. Não estão cobertos:

a. qualquer cobertura não prevista no rol de procedimentos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, podendo a consulta ser feita no link <http://www.ans.gov.br>;

b. quaisquer coberturas obstétricas, inclusive internação eletiva da parturiente e atendimento ao nascituro ou recém-nascido;

c. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

d. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

e. inseminação artificial;

f. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

g. medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

h. tratamento domiciliar, quer sejam medicamentos, equipe, mobiliário ou outros itens;

i. próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

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

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

m. honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos da ANS;

n. órteses, próteses, materiais e medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

o. extraordinários de contas hospitalares, tais como (mas não limitadas) a: telefonemas, aluguel de ar-condicionado, televisão, frigobar e internet, quando não inclusos no preço da diária, lavagem de roupa, além de demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes;

p. nutrição parenteral ou enteral domiciliar;

q. vacinas;

r. remoção aérea e terrestre, exceto nas hipóteses previstas neste regulamento;

s. tratamento e/ou procedimentos realizados no exterior.

VIII. Prazo de Duração do Contrato

8.1. O presente regulamento/contrato vigorará por prazo indeterminado, podendo a Associação promover seu cancelamento e/ou adequação.

8.2. O presente contrato terá como data de início de vigência a aprovação junto ao Conselho Deliberativo.

IX. Carência e Doenças e Lesões Preexistentes

9.1. O presente plano não contará com qualquer prazo diferenciado de carência para Doenças e Lesões Preexistentes.

9.2. Os prazos regulares de carência serão contados em dias corridos, contados a partir do ingresso do beneficiário no plano, observados os limites:

- a. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, na forma da definição deste Regulamento;
- b. 60 (sessenta) dias para os atendimentos na segmentação ambulatorial;
- c. 120 (cento e vinte) dias para os atendimentos na segmentação hospitalar.

9.3. Poderá o beneficiário realizar portabilidade de carência, na forma da legislação em vigor à época da solicitação, desde que requerida antes do ingresso neste plano.

9.4. Estão isentos de carência os beneficiários que, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a partir do cancelamento do plano AMS, solicitem ingresso no plano.

9.5. Nos atendimentos em emergência e urgência, fica garantida ao beneficiário a cobertura das 12 (doze) primeiras horas de atendimento, sem direito a internação. Acaso ultrapassado o prazo (12h) ou necessária a internação, competirá à Associação remover o paciente para uma unidade do SUS – Sistema Único de Saúde ou, caso o beneficiário assim queira, manter-se na unidade hospitalar desde que assuma os custos integrais.

XI. Da Formação de Preço, Contribuição Mensal e Coparticipação

11.1. Caberá ao Associado Titular arcar com todos os valores relativos ao plano, quer sejam mensalidade, coparticipação e outros, ainda que relativas aos agregados.

11.2. Todas as despesas relativas ao plano serão repartidas entre os associados, na forma de pré-pagamento, sendo a cobrança efetuada da seguinte forma:

11.2.1. Preferencialmente, através de desconto em folha de pagamento das Instituições Fundadoras e empresas do grupo, bem como, da Fundação Valia;

11.2.2. Em caso de insuficiência de margem consignável ou ausência de contracheque, a cobrança dar-se-á através de boleto, com data de vencimento definido pela Diretoria da Associação.

11.2.3. Poderá, ainda, a Associação eleger outras formas de pagamento, conforme definições da Diretoria.

11.3. Em caso de atraso no pagamento, incidirão juros moratórios na proporção de 01% (um por cento) ao mês e multa moratória de 02% (dois por cento) até o efetivo pagamento.

11.4. O associado, enquanto empregado ativo da Vale S/A, poderá optar pelo desmembramento do pagamento das contribuições dos agregados em boletos individuais, desde que observado:

11.4.1. O Associado Titular continuará como responsável financeiro pelo pagamento, sofrendo todas as consequências advindas da inadimplência, tais como, mas não se restringindo, incidência de juros, multa, negativação em cadastros restritivos de créditos, cobrança direta e ações judiciais;

11.4.2. Em caso de inadimplência do agregado, esse será desligado de forma individualizada, todavia não eximindo o titular do pagamento;

11.4.3. Em caso de inadimplência do agregado superior a 180 (cento e oitenta) dias, após execução do desligamento acima referenciado, poderá a Associação promover a comunicação, negociação, cobrança e posterior desligamento do Associado Titular e grupo de agregados ainda restante, caso não haja pagamento no prazo de 30 (trinta) dias desta comunicação.

11.5. Em caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, ocorridos nos últimos 12 (doze) meses, desde que previamente notificado o Associado, poderá a Associação promover o desligamento imediato do titular e, conseqüentemente, de todo o grupo de agregados.

11.5.1. Em caso de desmembramento do boleto, a comunicação de desligamento por inadimplência será enviada, exclusivamente, ao mesmo endereço eleito para recebimento do boleto.

11.6. A contribuição mensal será individualizada e paga conforme Tabela de Valores divulgadas pela Diretoria da Associação, sendo observadas as seguintes faixas etárias:

- a. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos, acréscimo de 00%;
- b. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos, acréscimo de 10%;
- c. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos, acréscimo de 10%;
- d. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos, acréscimo de 30%;
- e. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos, acréscimo de 05%;
- f. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos, acréscimo de 09%;
- g. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos, acréscimo de 35%;
- h. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos, acréscimo de 14%;
- i. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos, acréscimo de 35%;
- j. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais, acréscimo de 55%.

11.7. O reajuste por faixa etária será automático, quando do atingimento da idade da faixa subsequente, devendo ser observado que (i) o valor da última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e (ii) a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

11.8. Além da contribuição mensal, arcará o beneficiário com valores a título de coparticipação em atendimentos, esses nos seguintes percentuais:

- a. 15% (quinze por cento) para todos os atendimentos realizados na segmentação ambulatorial;
- b. 35% (trinta e cinco por cento) para as consultas realizadas em pronto-socorro e atendimento de emergência dos prestadores credenciados;
- c. 35% (trinta e cinco por cento) para internações psiquiátricas a partir do 16º (décimo sexto dia) de internação, independentemente do tipo de estabelecimento credenciado escolhido;
- d. Estarão isentos de coparticipação as internações hospitalares e os atendimentos realizados no estabelecimento eleito como "PORTA DE ENTRADA".

XII. Remoção

12.1. É garantida a remoção inter-hospitalar, pela via terrestre, desde que observados os seguintes requisitos cumulativamente:

- a. O hospital de origem e destino estejam dentro da área de atuação do produto (Vitória, Serra, Vila Velha e Cariacica);
- b. O médico assistente declare a incapacidade técnica do hospital de origem para o atendimento necessário à salvaguarda da vida do paciente ou o hospital não possua os requisitos mínimos para a realização do procedimento, considerando as boas práticas e normativos legais;
- c. O hospital receptor, mais adequado para cada caso, seja o mais próximo possível do hospital de origem e credenciado ao plano;

12.2. Caso o beneficiário esteja internado em unidade hospitalar do SUS, desde que o hospital de origem esteja dentro da área de atuação do produto, é garantida a remoção inter-hospitalar, pela via terrestre, para hospital credenciado apto ao atendimento e mais próximo possível ao local de origem;

12.3. Todas as remoções dar-se-ão para unidades hospitalares credenciadas, sendo direcionadas ao prestador mais próximo e com capacidade de atendimento, sendo vedada a escolha pelo paciente e/ou familiares, independentemente do critério por eles utilizados.

12.4. É vedada qualquer cobertura aérea, sendo as remoções realizadas, apenas, pelo meio terrestre e em unidade adequada ao estado de saúde do paciente.

XIII. Disposições Finais

13.1. Todas as comunicações com os associados titulares e agregados observar-se-ão, preferencialmente, o meio digital, podendo a Associação, com base em decisão da Diretoria e Conselho Deliberativo, elegerem os canais e meios adequados para este fim.

13.2. A Central de Atendimento possui funcionamento 24h, podendo ser contatada pelos telefones 4004-0183 (capitais) ou 0800 722 0183 (demais regiões) ou outros que venham a ser criados/divulgados;

13.3. As situações não previstas neste Regulamento, bem como as dúvidas que surgirem em sua interpretação, serão resolvidas pela Diretoria da Associação.