

REGULAMENTO PASA PLUS

(COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA)
(ENTIDADE REGISTRADA NA ANS SOB O Nº 33198-8)
(PLANO REGISTRADO NA ANS SOB O Nº 425.858/99-4)

I -DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

ART.1 – A PASA SOCIEDADE CIVIL – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO APOSENTADO DA CVRD, doravante denominada SOCIEDADE, como administradora do Plano de Assistência à Saúde – PASA, doravante denominado PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS, que tem como objetivo prestar assistência à saúde dos seus associados, dependentes e agregados, na forma e condições estabelecidas neste Regulamento Básico.

PARAGRAFO ÚNICO – A abrangência territorial do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS está limitada às cidades listadas a seguir:

I – No Estado do Rio de Janeiro

- a) Duque de Caxias
- b) Itaboraí
- c) Itaguaí
- d) Nilópolis
- e) Niterói
- f) Nova Iguaçu
- g) Petrópolis
- h) Rio de Janeiro
- i) São Gonçalo
- j) São João de Meriti
- k) Teresópolis

II – No Estado de Minas Gerais

- a) Aimorés
- b) Araxá
- c) Barão de Cocais
- d) Belo Horizonte
- e) Caeté
- f) Congonhas
- g) Conselheiro Lafaiete
- h) Conselheiro Pena
- i) Coronel Fabriciano
- j) Governador Valadares
- k) Grão Mogol



- l) Ipatinga
- m) Itabira
- n) Itabirito
- o) João Monlevade
- p) Mariana
- q) Montes Claros
- r) Nova Era
- s) Ouro Branco
- t) Ouro Preto
- u) Resplendor
- v) Rio Piracicaba
- w) Salinas
- x) Santa Bárbara
- y) Santa Luzia
- z) São Domingos do Prata
- aa) Timóteo
- bb) Varginha

III - No Estado do Espírito Santo

- a) Aracruz
- b) Baixo Grandu
- c) Cariacica
- d) Colatina
- e) Fundão
- f) Guarapari
- g) João Neiva
- h) Linhares
- i) São Matheus
- j) Serra
- k) Vila Velha
- l) Vitória

IV – No Estado da Bahia

- a) Araci
- b) Feira de Santana
- c) Salvador
- d) Santa Luz
- e) Serrinha
- f) Teofilândia

V – No Estado do Maranhão

- a) Açailândia
- b) Arari
- c) Buriticupu
- d) Imperatriz
- e) Santa Inês
- f) São Luiz
- g) Vitória do Mearim



VI – No Estado do Pará

- a) Abaetetuba
- b) Ananindeua
- c) Barcarena
- d) Belém
- e) Mãe do Rio
- f) Marabá
- g) Paragominas
- h) Paraupeba
- i) São Miguel do Guamá
- j) Tomé – Açu

VII – No Estado do Piauí

- a) Teresina

VIII – No Estado de São Paulo

- a) São Paulo

IX – No Estado de Sergipe

- a) Aracaju

ART.2 – A assistência à saúde assegurada pelo PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS, em regime de credenciamento, compreende nos termos deste Regulamento:

I – Atendimento médico-ambulatorial, com as restrições do Art. 22 deste Regulamento, compreendendo:

- a) consultas médicas em clínicas básicas e especializadas;
- b) exames de laboratório;
- c) exames radiológicos;
- d) tratamentos ambulatoriais;
- e) fisioterapia;
- f) ultra-sonografia;
- g) tomografia computadorizada;
- h) pronto-socorro infantil, ortopédico e cardiológico;
- i) exames especializados relacionados no rol de procedimentos anexo da Resolução nº 10 do CONSU, de 3 de novembro de 1998;
- j) ressonância magnética;
- k) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, incluindo cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, solicitados pelo médico-assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, exceto aqueles que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares;
- l) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas;
- m) cobertura de remoção, comprovadamente necessária, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo



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

n) hemodiálise e diálise peritoneal;

o) quimioterapia ambulatorial;

p) 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 auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

q) cobertura à psicoterapia de crise, entendida, exclusivamente, como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais, na área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a doze sessões por ano, não cumulativas;

r) tratamento psiquiátrico básico, prestado por médico, com número ilimitado de consultas.

II – Atendimento médico-hospitalar – tratamento clínico ou cirúrgico que requeira internação hospitalar, nos termos do Art. 21 e com restrições do Art. 22 deste Regulamento, compreendendo:

a) cobertura de internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição médico-assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

f) cobertura de remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica do Plano, quando caracterizada pelo médico-assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente;

g) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais exclusivamente quando necessários à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

g.1 radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

g.2 nutrição parental ou enteral;

g.3 procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g.4 embolizações e radiologia intervencionista;

g.6 fisioterapia;

g.7 acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea exceto medicação de manutenção;

h) cobertura de cirurgias odontológicas buço-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;

i) cobertura de, no máximo, 210 (duzentos e dez) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise com participação do associado de acordo com o Art.21 b.12;



- j) cobertura de, no máximo, 195 (cento e noventa e cinco) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com participação do associado de acordo com Art. 21 b1.1;
- k) próteses, exceto as que não sejam ligadas ao ato cirúrgico, ou que estejam relacionadas a procedimentos cirúrgicos ou clínicos para fins estéticos;
- l) litotripsia;
- m) videolaparoscopia;
- n) hipertermia prostática;
- o) transplantes de rim e córnea;
- p) cirurgia plástica em casos de politraumatizados, queimados e reconstituição de mama após mastectomia.

PARÁGRAFO ÚNICO – Definem-se como atendimento de emergência exclusivamente os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico-assistente; e como atendimento de urgência exclusivamente os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

ART. 3 – A assistência à saúde será prestada exclusivamente em regime de credenciamento, por profissionais e entidades previamente credenciados pela Diretoria Executiva da SOCIEDADE.

PARÁGRAFO ÚNICO – A critério da Diretoria Executiva, a rede credenciada da SOCIEDADE poderá ser a mesma da CVRD.

ART. 4 – O custeio do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS será integralmente coberto pelos associados.

II – DOS ASSOCIADOS

ART. 5 – Poderão ser associados, observadas as restrições do Art. 7º:

- I – o aposentado, ex-empregado desligado da CVRD por aposentadoria;
- II – o pensionista, por falecimento daqueles que, nessa condição, pudessem ser inscritos no PASA;
- III – o empregado em atividade na CVRD;
- IV – ex-empregado da CVRD que se aposentou de acordo com as Resoluções 05/87, de 01.07.87, e 07/89, de 02.10.89
- V – ex-empregado, que vier a se desligar da CVRD por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho, desde que, alternativamente:
 - a) esteja a menos de 5 anos da aposentadoria;
 - b) tenha mantido vínculo empregatício com a CVRD por no mínimo 3 anos podendo parte deste tempo ser cumprido em empresas do Grupo CVRD, e tenha contribuído com 12 meses ininterruptos para o PASA antes do desligamento da CVRD.
- VII – o licenciado da CVRD.

PARÁGRAFO ÚNICO – Entende-se como PENSIONISTAS:

- a) o cônjuge ou companheiro(a) do associado falecido;
- b) o(a) filho(a), pai ou mãe, irmão ou irmã que sejam agregados ou dependentes do associado falecido e que sejam comprovadamente pensionistas da VALIA ou do INSS.

ART.6 – O empregado em atividade, associado, que se desligar da CVRD, será automaticamente excluído da SOCIEDADE.

PARÁGRAFO ÚNICO – O disposto no caput deste artigo não se aplica ao associado que vier a se desligar da CVRD por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho, desde que, alternativamente:

- I. esteja menos de 5 anos da aposentadoria;
- II. tenha mantido vínculo empregatício com a CVRD por no mínimo 3 anos, podendo parte deste tempo ser cumprido em empresas do Grupo CVRD, e tenha contribuído com 12 meses ininterruptos para o PASA antes do desligamento da CVRD.

ART. 7 – É vedada a inscrição de :

- I – menor aprendiz;
- II – pensionista cujo cônjuge ou companheiro ex-empregado não se tenha associado quando em atividade na CVRD;
- III – aposentado ou ex-empregado após a criação da SOCIEDADE que não se tenha associado quando empregado em atividade na CVRD.

ART. 8 – A inscrição como associado implica a aceitação do Estatuto e do presente Regulamento Básico.

III – DOS DEPENDENTES E AGREGADOS

ART. 9 – São dependentes do associado:

- I – o cônjuge ou companheiro(a) com qual comprovadamente conviva maritalmente há mais de 1 (um) ano;
- II – o filho ou o enteado menor de 21 anos, e o filho ou o enteado entre 21 e 24 anos, quando comprovar que está matriculado como aluno do terceiro grau.

§1º - O cônjuge ou companheiro(a) que se separar, divorciar, ou deixar de conviver de forma estável com o associado, perderá a condição de dependente e o direito ao uso do Plano.

§2º - O cônjuge ou companheiro(a) que perder a condição de dependente, conforme previsto no parágrafo anterior, será comunicado(a) previamente da perda de seu direito ao uso do Plano.

ART. 10 – Dependentes menores de associados falecidos poderão permanecer como usuários deste PLANO, desde que, em regime de tutela, paguem a contribuição fixada no inciso I, letra i, do Art. 14 deste Regulamento Básico.



PARÁGRAFO ÚNICO – Os dependentes mencionados no caput deste artigo serão desligados automaticamente da SOCIEDADE, ao atingirem o limite de idade fixado no inciso II do Art. 9º.

Art. 11. O associado poderá inscrever como agregado, ~~sendo no máximo 2 (dois) com idade superior a 40 (quarenta) anos~~, as seguintes pessoas:

I – o pai, a mãe, o sogro e a sogra;

II – o pai e a mãe do(a) companheiro(a);

III – o filho, a filha, o enteado e a enteada com idade superior aos limites estabelecidos no inciso II do Art. 9º;

IV – o neto, a neta, o irmão e a irmã;

V – o menor sob tutela ou guarda legal do associado;

VI – sobrinho e sobrinha.

(alterado na 48ª RECD, conforme determina Súmula Normativa nº 27 da ANS)

§1º - O cônjuge ou companheiro(a) que se separar, divorciar, ou deixar de conviver de forma estável com o associado, perderá a condição de dependente e o direito ao uso do Plano.

§2º - O cônjuge ou companheiro(a) que perder a condição de agregado(a), conforme previsto no parágrafo anterior, será comunicado(a) previamente da perda de seu direito ao uso do Plano.

§3º - Não poderá ser inscrito como agregado ao Plano o dependente cadastrado para fins de AMS da CVRD.

ART. 12 – O pensionista poderá inscrever como dependentes e agregados somente aqueles que, nessa condição, pudessem ser inscritos pelo associado falecido.

ART.13 – Poderão associar-se somente para inscrever agregados até o limite fixado no Art. 11, o aposentado ou ex- empregado que tiver direito AMS da CVRD.

IV – DAS CONTRIBUIÇÕES

ART. 14 - São as seguintes as contribuições:

I – Por associado:

a) empregado em atividade – R\$ 51,80

b) aposentado incentivado pelas Resoluções 05/87 e 07/89 ou DDE-111/90 e suas/seus respectivas(os) pensionistas que tenham direito à AMS da CVRD. - R\$ 51,80

c) aposentado - R\$ R\$1.978,06

d) pensionista - R\$1.978,06

e) ex-empregado que desligou-se da CVRD, antes da criação da SOCIEDADE, por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho a menos de 5 (cinco) anos da aposentadoria. - R\$1.978,06

f) ex-empregado da CVRD, desligado após a constituição da SOCIEADE, por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho a menos de 5(cinco) anos da aposentadoria. - R\$1.978,06



- g) ex-empregado da CVRD que desligou-se da CVRD, por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho a mais de 5 (cinco) anos da aposentadoria, que tenha trabalhado pelo menos 10 (dez) anos em empresas do Grupo CVRD e contribuído 12 (doze) meses ininterruptos para o PASA antes do desligamento da CVRD. - R\$1.978,06
- h) licenciado da CVRD. - R\$1.978,06
- i) tutelado. - R\$1.978,06

II – Por agregado, paga pelo associado, conforme a respectiva faixa etária:

- a) 0 a 17 anos. - R\$ 441,68
- b) 18 a 29 anos. - R\$441,68
- c) 30 a 39 anos. - R\$441,68
- d) 40 a 49 anos. - R\$441,68
- e) 50 a 59 anos. - R\$1.153,91
- f) 60 a 69 anos. - R\$1.153,91
- g) 70 anos ou mais. - R\$1.978,06

§ 1º - A contribuição do associado, no caso do inciso I, exceto as alíneas “a” e “b” será por grupo familiar constituído pelo próprio associado e seus dependentes definidos no Art. 9º e, no caso do inciso II, será por agregado inscrito.

§ 2º - O associado, empregado em atividade, em caso de invalidez permanente e morte antes da aposentadoria terá garantida a utilização deste PLANO PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS, nas seguintes situações:

I – em caso de morte o pensionista deverá contribuir com o valor fixado na letra “d”, do inciso I do Art. 14 deste Regulamento;

II - em caso de invalidez permanente do associado este deverá contribuir com o valor fixado na letra “c” do inciso I do Art. 14 deste Regulamento.

Art. 15 – O valor da contribuição será alterado, quando necessário, pela Diretoria Executiva, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis, as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Deliberativo e os seguintes fatores:

I – nível de benefícios concedidos, incluindo, dentre outros, o aumento da rede credenciada e dos serviços cobertos (inclusive para a adequação às coberturas mínimas estabelecidas pelas autoridades competentes);

II – conclusões de estudo atuariais, receita auferida e necessidade de adequação das reservas (inclusive para o atendimento a determinações e/ou padrões estabelecidos pelas autoridades competentes);

III – custos praticados pela rede credenciada.

PARÁGRAFO ÚNICO – O reajuste das contribuições poderá ser diferenciado entre associados e agregados em função dos custos envolvidos.

V – DAS CARÊNCIAS



ART. 16 – Carência é o período de tempo durante o qual o associado contribui, mas não tem ainda direito a utilizar-se dos serviços do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS, para si ou para seus dependentes e agregados.

ART. 17 – São os seguintes os períodos de carência:

I – 60 (sessenta) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição, para os que se inscrevem até 30 dias após sua admissão na CVRD;

II – 90 (noventa) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição, para aquele que ingressar fora do prazo previsto no inciso I deste artigo;

III – 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição, para os casos de substituição de agregados, exceto em caso de morte quando será cumprida a mesma carência determinada para o associado;

IV – 180 (cento e oitenta) dias para os casos de substituição de dependente cônjuge ou companheiro(a);

V – 120 (cento e vinte) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição após sua readmissão, para o associado que houver sido excluído da Sociedade por inadimplência;

VI – 24 (vinte e quatro) horas a partir do ingresso no PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS para os casos de atendimento de urgência e emergência.

§1º - Entende-se por substituição a inscrição de novo agregado em período inferior a 60 (sessenta) dias do desligamento do agregado anterior.

§2º - Não haverá carência para o dependente, depois de cumprida a carência do associado.

§3º - O agregado cumprirá a mesma carência determinada para o associado.

§4º - O pensionista de associado falecido na vigência do contrato de trabalho com a CVRD fica isento de carência desde que o associado tenha contribuído 2 (dois) anos ininterruptos ao PASA antes de sua morte.

§5º - O empregado em atividade na CVRD, associado PASA, que vier a se aposentar, fica isento de carência desde que tenha contribuído 2 (dois) anos ininterruptos ao PASA antes da efetivação da aposentadoria.

§6º - O empregado em atividade, associado do PASA, que vier a se desligar da CVRD, por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho, estando a menos de 5 (cinco) anos da aposentadoria, fica isento de carência desde que tenha contribuído 2 (dois) anos ininterruptos ao PASA antes do desligamento da CVRD.

§7º - O filho de associado, dependente, não cumprirá carência ao ser inscrito como agregado após atingir a maioridade, desde que a inscrição como agregado se dê até 90 (noventa) dias após este atingir a maioridade.

§8º - A carência para o associado será contada a partir do primeiro pagamento da contribuição de grupo familiar.



VI – DOS DIREITOS DO ASSOCIADO

ART. 18 – O associado poderá se desligar da SOCIEDADE, ou desligar o seu agregado a qualquer momento mediante comunicação por escrito à Diretoria Executiva com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem que isto o desobrigue de quitar débitos de sua responsabilidade até a data do seu efetivo desligamento.

§1º - O associado ou agregado desligado da SOCIEDADE nos termos deste artigo, não deixando débito de espécie algum, terá assegurada sua readmissão a qualquer tempo, sendo-lhe então aplicada nova carência de 90 (noventa) dias.

§2º - No caso de reincidência de desligamento nos termos deste artigo, a readmissão do associado ficará sujeita a existência de motivo relevante para o último desligamento, a critério da Diretoria Executiva, mantendo-se a aplicação da nova carência de 90 (noventa) dias.

ART. 19 – O associado terá direito de utilizar-se dos serviços especializados da rede de profissionais e entidades credenciados pela SOCIEDADE, nos termos deste Regulamento.

PARÁGRAFO ÚNICO – O associado terá direito ao reembolso, nos limites das obrigações estabelecidas por este Regulamento, das despesas efetuadas por ele, ou por seu dependente ou agregado, com assistência à saúde, exclusivamente em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços credenciados, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela PASA, pagáveis até trinta dias após a entrega de documentação adequada a comprovar as despesas alegadas.

ART. 20 – O associado poderá sugerir à Diretoria Executiva as medidas que considerar adequadas à consecução das finalidades do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS.

VII – DOS RECURSOS AMBULATORIAIS E/OU HOSPITALARES, DAS CONDIÇÕES PARA SUA PRESTAÇÃO (CO-PARTICIPAÇÃO) E DOS EVENTOS NÃO COBERTOS

ART. 21 – Os recursos médicos e hospitalares compreendem o serviços descritos no Art. 2º.

§1º - O seguintes serviços estarão sujeitos à co-participação do associado nos percentuais discriminados a seguir que incidirão sobre o valor do evento conforme fixado na tabela de honorários e serviços:

- a) PEQUENO RISCO (COBERTURA AMBULATORIAL):
 - a.1) Consultas em clínicas básicas e especializadas: 20%
 - a.2) Exames laboratoriais: 20%



a.3) Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais: 20%;

a.4) Tratamentos de transtornos psiquiátricos:

I- Psicoterapia de crise: 25%;

II – Tratamento básico: 30%;

b) GRANDE RISCO (INTERNAÇÃO HOSPITALAR):

b.1) internação para tratamento clínico ou cirúrgico decorrente de transtornos psiquiátricos:

b.1.1. nos primeiros 15 dias de internação sem coparticipação;

b.1.2. de 16 a 30 dias 20% de coparticipação;

b.1.3. de 31 a 60 dias 25% de coparticipação;

b.1.4. de 61 dias em diante 30% de coparticipação.

§2º - As tabelas de honorários e serviços mencionadas neste artigo são as efetivamente praticadas pela SOCIEDADE, para efeito de remuneração total do profissional ou entidade credenciada.

§3º - Durante o período de internação clínica ou cirúrgica, o PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS cobrirá apenas as despesas constantes do Anexo I.

ART. 22 – Não estão cobertos pelo PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS os serviços constantes do Anexo II deste Regulamento.

VIII – DOS DEVERES DO ASSOCIADO

ART. 23- São deveres do associado:

I – cumprir e fazer cumprir, por si e por seus dependentes e agregados, as disposições do Estatuto da SOCIEDADE e deste Regulamento;

II – pagar, mediante desconto em folha, ou até o dia 7 (sete) de cada mês contrarrecibo, sua contribuição mensal e de seus agregados e a parte que lhe couber como participação financeira nas despesas médicas e hospitalares decorrentes de atendimentos realizados.

IX – DOS PROCEDIMENTOS

ART. 24 – Para receber atendimento médico e hospitalar o associado, seu dependente e agregado deverá identificar-se perante o profissional ou entidade credenciada mediante apresentação de documento de identidade e do cartão de acesso aos serviços credenciados pelo PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS.

ART. 25 – A contribuição mensal e participação nas despesas serão debitadas ao associado mediante desconto em folha de pagamento.

§1º - Não havendo possibilidade do desconto em folha, o associado deverá quitar o débito em banco ou local que vier a ser indicado.



§2º - O associado que não tiver vinculação com a CVRD e/ou VALIA deverá recolher sua contribuição e participação nas despesas diretamente ao banco ou onde for indicado.

§3º - O cartão de acesso aos serviços de Assistência Médica e Hospitalar (CAC) será revalidado mensalmente para o mês subsequente.

§4º - O associado que tiver vinculação com a CVRD e/ou VALIA, obriga-se a autorizar o desconto das contribuições em folha de pagamento.

§ 5º. O associado quando empregado ativo da Vale poderá optar pelo desmembramento do pagamento das contribuições específicas dos agregados, por intermédio de boletos bancários, desde que respeitados os seguintes requisitos:

- I. desmembramento dos boletos de acordo com o número de agregados, alterando, se for o caso, os endereços de cobrança;
- II. o boleto continuará sendo emitido no nome do associado, com a identificação do agregado no seu corpo;
- III. a contribuição do titular continuará sendo realizada por desconto em folha;
- IV. o responsável financeiro continuará sendo o associado;
- V. caso não haja pagamento do titular, todos os beneficiários serão excluídos;
- VI. caso a contribuição do agregado não seja paga o atendimento do próprio agregado será suspenso.

§ 6º. Na hipótese do § 5º deste artigo, caso não haja pagamento de quaisquer dos boletos de cobrança, deverá ser encaminhado comunicado de inadimplemento para o endereço vinculado ao boleto e para o endereço do titular.

§ 7º. O associado aposentado não terá a opção de boleto para agregado, prevista no § 5º.

ART. 26 – A contribuição e participação nas despesas não processadas em folha de pagamento, deverão ser pagas diretamente ao banco ou onde for indicado até o dia 7 (sete) do mês subsequente. Os pagamentos efetuados após o dia 7 (sete), observarão os seguintes critérios:

- I – no mês de competência, incidirá multa de 2% sobre o valor da mensalidade;
- II – após o mês de competência, incidirá multa de 2% sobre o valor da mensalidade acrescido de taxa de correção diária.

ART. 27 – As alterações ocorridas na rede credenciada serão sempre comunicadas ao associado.

ART. 28 – No ato de inscrição, o associado deverá preencher Ficha de Inscrição, apresentar documentos exigidos pela SOCIEDADE e assinar Termo de Adesão, recebendo cópia do Estatuto, deste Regulamento e do material explicativo.

X – DA SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO ASSOCIADO



Art. 29

Perderá o direito ao uso do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS:

I – Mediante suspensão automática por até 30 (trinta) dias, o titular que deixar de contribuir ou quitar seus débitos por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses de contribuição, sendo a suspensão interrompida automaticamente se o associado quitar seus débitos e os respectivos encargos;

II – Mediante exclusão do Plano:

a) O titular e respectivos dependentes e agregados quando, no período de 30 (trinta) dias de suspensão, não quitar seus débitos e respectivos encargos;

b) O titular ou dependente ou agregado que obtiver ou tentar obter os serviços do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS mediante fraude;

c) O titular ou dependente ou agregado que utilizar dolosamente os serviços não cobertos pelo PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS.

§1º - A readmissão do associado excluído na forma da alínea "a" do inciso II deste artigo poderá ocorrer, a critério exclusivo da Diretoria Executiva, mediante a quitação dos débitos existentes até a data do desligamento, apresentação de motivo relevante para a inadimplência e cumprimento de nova carência de 120 (cento e vinte) dias.

§2º - Não poderá ser readmitido na SOCIEDADE o associado excluído na forma das alíneas "b" e "c" do inciso II deste artigo.

§3º - A exclusão do associado não o desobriga de quitar os débitos e encargos devidos.

§4º O associado admitido na forma do art. 5º, inciso II, do Estatuto não poderá ser readmitido na forma do § 1º do presente artigo

§5º O inadimplemento das contribuições e coparticipações de quaisquer dos beneficiários sujeita o titular à cobrança administrativa e judicial, bem como a inclusão de seu nome nos cadastros de proteção ao crédito, independentemente da suspensão ou cancelamento do uso do plano.

XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

ART. 30 – Os casos não previstos neste Regulamento Básico serão submetidos a apreciação da Diretoria Executiva e a posterior decisão do Conselho Deliberativo.

ANEXO I

DESPESAS COBERTAS DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA OU CIRÚRGICA

- 1) internação em apartamento com instalação sanitária privativa ou em enfermaria, a critério do paciente;
- 2) diárias hospitalares, fixadas na tabela de serviços hospitalares;
- 3) taxa de internação;
- 4) taxa de sala de cirurgia e material cirúrgico, de acordo com os tipos e condições fixadas na tabela de serviços hospitalares;
- 5) taxa de sala de gesso, hemodinâmica e outras taxas;
- 6) serviços complementares de diagnóstico e tratamento para controle de doença durante a internação;
- 7) internação em UTI, CTI ou Unidade Coronariana;
- 8) curativos, medicamentos e vacinas, quando prescritos pelo médico-assistente;
- 9) oxigênio e aparelhagem necessária ao seu desempenho;
- 10) sangue, plasma e sucedâneos;
- 11) assistência cardiorrespiratória.

ANEXO II

SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO PLANO

- 1) parto normal, parto Cesário ou qualquer outro tipo de procedimento obstétrico;
- 2) internação geriátrica;
- 3) próteses de qualquer natureza que não sejam ligados ao ato cirúrgico, ou que estejam relacionados a procedimentos cirúrgicos ou clínicos para fins estéticos;
- 4) REVOGADO
- 5) cirurgia plástica, exceto para queimados, politraumatizados e em casos de reconstituição de mama após mastectomia;
- 6) tratamento especializado a excepcionais;
- 7) tratamentos ou exames ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza;
- 8) fornecimento de medicamentos, e vacinas de qualquer natureza, exceto em regime de internação e quando cobrado pela instituição;
- 9) tratamentos ou exames (clínicos ou cirúrgicos) experimentais condenados ou não recomendados pela ética médica;
- 10) tratamento em estâncias hidrominerais de repouso ou de recuperação física;
- 11) acupuntura, quando não executada por médico;
- 12) "check-up" médico em regime de internação;
- 13) massagens, duchas, saunas e outras atividades de finalidade estética;
- 14) quaisquer exames ou tratamento sem indicação médica especializada;
- 15) extraordinários de contas hospitalares, tais como: telefonemas, aluguel de ar-condicionado quando não incluído preço da diária, lavagem de roupa, refeições de acompanhante, salvo no caso de pacientes menores de dezoito anos, demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes;
- 16) todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes, ou que não conste no rol de procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS*;





* O rol de procedimentos encontra-se disponível na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S. na “internet” (www.ans.gov.br) para maiores informações contate o PASA.

17) atendimento em domicílio;

18) REVOGADO;

19) transplantes, exceto os de cobertura obrigatória pelo rol da ANS;

20) REVOGADO;

21) nutrição parenteral ou enteral exceto aquelas necessárias à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar.