

ANS-32.082-0



**REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA
SISTEMA SAÚDE INTEGRAL – SSI Saúde**

3ª EDIÇÃO/13

Índice

1. Qualificação da Operadora	5
2. Qualificação das Patrocinadoras	5
3. Atributos do Regulamento	8
4. Condições de Admissão	9
5. Coberturas e Procedimentos Garantidos	11
6. Exclusões de Cobertura	17
7. Vigência e Duração do Regulamento	18
8. Períodos de Carência	19
9. Doença e Lesão Preexistente	20
10. Urgência e Emergência	20
11. Mecanismos de Regulação	24
12. Formação do Preço	29
13. Pagamento da Contribuição	29
14. Reajuste	30
15. Faixas Etárias	32
16. Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos	33
17. Condição de Perda da Qualidade de Beneficiário	36
18. Das Disposições Gerais	37
19. Eleição do Foro	39



**REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA
SISTEMA SAÚDE INTEGRAL – SSI Saúde**

PLANO SSI

Registro ANS nº 400.063/99-3

Nº Registro	400.063/99-3
Nome Comercial	SSI
Tipo de Contratação	Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Padrão de Acomodação	Coletiva
Abrangência Geográfica	Grupo de Municípios
Área de Atuação	Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha, Antonio Prado e São Marcos
Formação do Preço	Pré-Estabelecido
Fator Moderador	Co-Participação
Livre Escolha	Rede Própria e Credenciada

DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO- HOSPITALAR DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA SISTEMA SAÚDE INTEGRAL – SSI Saúde

PLANO SSI

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Caixa de Assistência Sistema Saúde Integral – SSI Saúde, pessoa jurídica de direito privado, associação para fins não econômicos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 00.668.790/0001-88, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 32.082-0, classificada na modalidade Autogestão Multipatrocinada, com sede e foro na Rua Bento Gonçalves, nº 2.764, São Pelegrino, Caxias do Sul, estado do Rio Grande do Sul, CEP 95.020-412.

2. QUALIFICAÇÃO DAS PATROCINADORAS

2.1. Associação Esportiva e Recreativa SER Randon, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 87.505.442/0001-78;

2.2. Banco Randon S.A., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Rubem Bento Alves, nº 1469, Bairro Universitário, CEP 95041-410, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob o nº 11.476.673/0001-39;

2.3. Castertech Fundação e Tecnologia Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Av. Abramo Randon, nº 770 Anexo E, Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 08.304.706/0001-59;

2.4. Cooperando Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Empregados Das Empresas Randon Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 89.280.960/0001-66;

2.5 DRAMD Participações e Admsitração, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Rubem Bento Alves, 1469, Sala 6, CEP 95041-410, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 94.800.018/0001-11;

2.6. Endosul Pinturas Automotivas Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Atilio Andreazza, nº 3480, Interlagos, CEP 95052-070, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 05.583.074/0001-11;

2.7. Fras-le S.A., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na RS 122 KM 66, 10945, Forqueta, CEP 95010-550, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 88.610.126/0001-29;

2.8. Instituto Elisabetha Randon Pró-Educação e Cultura., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Av. Abramo Randon, nº 770, Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 05.768.706/0001-11;

2.9. Jost Brasil Sistemas Automotivos Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Av. Abramo Randon, nº 770, Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 00.843.966/0001-90;

2.10. Master Sistemas Automotivos Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Rua Atilio Andreaza, nº 3520, Bairro Sagrada Família, CEP 95052-070, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 90.852.914/0001-73;

2.11. Miotti e Vanin Ltda, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na EST EST 453, S/N Pavilhão A3, CEP 95110-690, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 93.064.137/0001-90;

2.12. MP Estruturas Metálicas Ltda., pessoa jurídica de direito privado, sociedade empresária limitada, brasileira, com sede na Rua Carlos Bianchini, nº 1979, Bairro Marechal Floriano, CEP 95012-580, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 89.276.067/0001-67;

2.13. Randonprev – Fundo de Pensão, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 00.016.905/0001-50;

2.14. Randon Administradora de Consórcios Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 91.108.027/0001-58;

2.15. Randon S.A. Implementos e Participações, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob o nº 89.086.144/0001-16;

2.16. RASIP Agro Pastroril S.A., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Rodovia BR-116, KM 33, Distrito Industrial, CEP 95200-000, Vacaria, RS, inscrita no CNPJ sob nº 94.789.468/0001-50;

2.17. Soprano Eletrometalúrgica Hidraulica Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na RS 122 KM 61, Distrito Industrial, CEP 95180-000, Farroupilha, RS, inscrita no CNPJ sob nº 88.634.977/0001-01;

2.18. Soprano Industria de Equipamentos Oleodinámicos, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Rodovia RS 122, S/N, CEP 95110-310, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 12.901.774/0002-53;

2.19. Suspensys Sistemas Automotivos Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 784, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 10.523.280/0001-76;

2.20. Tomé S.A. Indústria de Autopeças, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Estrada Federal BR 116, km 140, 6, s/nº, CEP 95032-475, Caxias do Sul, RS, CNPJ nº 88.628.243/0001-10;

2.21. Triches Ferro e Aço Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Av. Triches, nº 447, Distrito Industrial, CEP 95112-340, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 88.610.605/0001-45.

2.22. Tricorte Industria e Comercio de Aço Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Triches, 449, CEP 95112.340, inscrita no CNPJ sob nº 01.832.118/0001-49;

3. ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

3.1. O presente instrumento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando a assistência médico-hospitalar 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

3.2. A assistência ora pactuada compreende as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente nessa data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

3.3. Trata-se de regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde suplementar, com características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto no Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

4. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

4.1. O presente Regulamento se destina exclusivamente aos empregados ativos, sócios e administradores das pessoas jurídicas PATROCINADORAS, com opção de inclusão de seu respectivo grupo familiar.

4.2. Poderão ser incluídos neste Regulamento como BENEFICIÁRIOS TITULARES:

- a) os empregados ativos das pessoas jurídicas PATROCINADORAS;
- b) os sócios das pessoas jurídicas PATROCINADORAS;
- c) os diretores e administradores das pessoas jurídicas PATROCINADORAS;
- d) os funcionários ativos do SSI Saúde; e
- e) os diretores e administradores do SSI Saúde.

4.3. Poderão ser incluídos neste Regulamento como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) o (a) cônjuge;
- b) o companheiro (a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) os (as) filhos (as) solteiros (as) até 21 anos incompletos;
- d) os (as) filhos (as) solteiros (as) até 24 anos incompletos de idade que estejam frequentando curso regular de ensino médio ou universitário em estabelecimento oficialmente reconhecido, desde que devidamente comprovado;
- e) os (as) filhos (as) solteiros (as) comprovadamente inválido (s) por laudo médico;
- f) os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos.

4.4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

4.5. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

4.6. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão vinculados ao BENEFICIÁRIO TITULAR no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

4.7. A adesão e a permanência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão condicionadas a participação do BENEFICIÁRIO TITULAR no plano.

4.8. Para fins deste Regulamento, são considerados BENEFICIÁRIOS as pessoas físicas que usufruirão os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependentes.

4.9. A inclusão de BENEFICIÁRIOS no presente Regulamento será processada após a entrega, ao SSI Saúde, do “Termo de Adesão” devidamente preenchido e assinado em que serão inscritos titulares e/ou dependentes com os respectivos nomes e qualificação completa de cada um.

4.9.1. O “Termo de Adesão” de cada BENEFICIÁRIO é documento que comprova a inscrição do BENEFICIÁRIO no Plano.

4.9.2. O “Termo de Adesão” para menores de 18 anos de idade deverá ser preenchido e assinado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR ou seu responsável legal.

5. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. O PLANO SSI assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e satisfeitos as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Item, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.1.1. A cobertura assegurada compreende os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, conforme especificado abaixo, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação assistencial, a área de atuação e abrangência do plano, e exclusivamente por médicos contratados/credenciados e dentro dos recursos próprios ou contratados/credenciados pelo SSI Saúde, conforme relação entregue no ato da adesão.

5.2. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura assegurada tão somente quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas a segmentação contratada, a área de atuação, os prazos de carência e demais regras da contratação.

5.2.1. Os procedimentos necessários ao segmento de eventos excluídos da cobertura não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura pelo SSI Saúde.

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

5.4. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

5.5. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

5.5.1. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

COBERTURA AMBULATORIAL

5.6. A COBERTURA AMBULATORIAL compreenderá:

5.6.1. Consultas Médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

5.6.2. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, 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.

5.6.3. 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.

5.6.4. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

5.6.5. 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 realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

5.6.6. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

5.6.7. Os seguintes procedimentos considerados Especiais:

- a) Hemodiálise Crônica e Diálise Peritonial - CAPD;
- b) Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- c) Radioterapia;
- d) Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
- e) Hemoterapia Ambulatorial;
- f) Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

5.6.8. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCA COMPREENDERÁ:

5.6.9. Internações, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou 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.

5.6.10. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

5.6.11. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

5.6.12. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica.

5.6.13. Cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

5.6.14. Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA).

5.6.15. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença 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.

5.6.16. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) radiologia intervencionista;

- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física.

5.6.17. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

5.6.18. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

5.6.19. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.

5.6.20. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.

5.6.21. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados incluindo, quando couber, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com a captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, ressalvando que o Beneficiário, candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deve, obrigatoriamente, providenciar a sua inscrição em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs.

5.6.22. Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/10ª Revisão - CID 10, observadas as medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, compreendendo as seguintes coberturas:

a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com co-participação do Beneficiário de 50% (cinquenta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;

c) Esse percentual de co-participação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

d) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

5.6.23. Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato.

5.6.24. Assistência o recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

6. EXCLUSÕES DE COBERTURA

6.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98 e as normativas da ANS, respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

a) procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a cobertura assistencial contratada e em desacordo com as diretrizes de utilização estipuladas pela ANS;

b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

d) inseminação artificial e fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, ainda que relacionados ao planejamento familiar;

e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

f) fornecimento de órteses, próteses, medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

g) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

h) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

i) fornecimento de 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) estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

m) enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

n) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;

o) despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados/contratados ou entidades não credenciadas/contratadas;

p) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

q) despesas não vinculadas à cobertura deste Regulamento;

r) honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos de caráter odontológico;

s) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

t) transplantes, exceto aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com as condições expressas neste contrato;

u) produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso.

7. VIGÊNCIA E DURAÇÃO DO REGULAMENTO

7.1. O presente Regulamento terá início de vigência a partir da data de sua aprovação ou da data de assinatura de convênio de adesão da pessoa jurídica PATROCINADORA junto ao SSI Saúde e vigorará por prazo indeterminado.

8. PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1. Os BENEFICIÁRIOS TITULARES estão dispensados do cumprimento de períodos de carência desde que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias da sua vinculação à pessoa jurídica patrocinadora.

8.2. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão dispensados do cumprimento de períodos de carência desde que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias:

a) da vinculação do BENEFICIÁRIO TITULAR à pessoa jurídica patrocinadora; ou

b) da caracterização do atendimento às condições de admissão previstas neste Regulamento.

8.3. Se a inscrição do BENEFICIÁRIO se der após o transcurso dos prazos previstos acima, deverão ser cumpridos os seguintes períodos de carência:

Procedimento	Período de Carência
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas	30 dias
Exames	30 dias
Internações Clínicas	90 dias
Demais Procedimentos	180 dias
Internações Cirúrgicas	180 dias
Parto a termo	300 dias

9. DOENÇA E LESÃO PREEEXISTENTE

9.1. O presente Regulamento assegura a cobertura integral para as Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) das quais os BENEFICIÁRIOS saibam ser portadores no ato de adesão ao PLANO SSI, não havendo quaisquer restrições de atendimento nesse sentido.

10. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1. É garantida a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, assim definidas como:

- a) emergência: situações que impliquem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) urgência: situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

10.2. É garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

10.2.1. Quando o atendimento de emergência ou de urgência decorrente de complicação do processo gestacional for efetuado no decorrer dos períodos de carência, a cobertura estará limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo que quando necessária para a continuidade do atendimento, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do BENEFICIÁRIO, não cabendo ônus ao SSI Saúde.

10.2.2. O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas, contados a partir da data de inclusão do BENEFICIÁRIO no plano.

DO REEMBOLSO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.3. O PLANO SSI assegurará o reembolso no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo SSI Saúde dentro da área de abrangência geográfica e área de atuação do plano.

10.4. O reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência do SSI Saúde, vigente à data do evento e disponível para consulta na sede administrativa do SSI Saúde.

10.4.1. É assegurado pelo SSI Saúde que o valor do reembolso não será inferior ao valor praticado junto à rede de prestadores do plano.

10.5. O reembolso, quando comprovadamente devido, será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;

b) relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;

c) recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:

a.1) Nome completo do paciente;

a.2) Procedimento e data de sua realização;

a.3) Atuação do médico (clínico e outros);

a.4) Valor dos honorários;

a.5) Nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.

d) declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do

atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

10.5.1. Ultrapassado o prazo previsto acima, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-SAÚDE, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

10.5.2. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 90 (noventa) dias, contado da data do evento, para solicitar o reembolso acompanhado dos documentos acima relacionados, sob pena de perda do direito.

10.6. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

DA REMOÇÃO

10.7. Os BENEFICIÁRIOS terão garantido pelo SSI Saúde a cobertura de remoção, para uma unidade de atendimento da rede do plano, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que na área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

10.8. Os BENEFICIÁRIOS terão garantido pelo SSI Saúde a cobertura de remoção, para uma unidade do SUS, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo períodos de carência para internação, quando exigida.

10.8.1. Caberá ao SSI Saúde 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.

10.8.2. Na remoção, o SSI Saúde 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.

10.8.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, o SSI Saúde estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

10.9. Nos casos previstos neste item, quando não possa haver remoção por risco de morte, o BENEFICIÁRIO TITULAR e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o SSI Saúde, desse ônus.

11. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

11.1. O SSI Saúde entregará aos BENEFICIÁRIOS Cartão Individual de Identificação que, acompanhado de documento de identidade com foto, os habilitará aos atendimentos previstos neste Regulamento.

11.1.1. O BENEFICIÁRIO do PLANO SSI está obrigado a devolver o respectivo Cartão Individual de Identificação, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo SSI Saúde para fins de fruição dos serviços, em caso de exclusão, independentemente do motivo.

11.1.2. Ocorrendo a perda, inutilização por quebra ou defeito, ou extravio de quaisquer documentos relativos ao PLANO SSI, incluindo o Cartão Individual de Identificação, o BENEFICIÁRIO deverá comunicar o fato, por escrito ao SSI Saúde, em até 48 (quarenta e oito) horas, para cancelamento e, quando for o caso, emissão de segunda via.

11.1.3. Será cobrada taxa de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, que deverá ser paga na retirada do mesmo, na sede do SSI Saúde.

PROCEDIMENTOS PARA A UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS GARANTIDAS

11.2. Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados pelo SSI Saúde exclusivamente através de rede contratada/própria conforme relação entregue ao BENEFICIÁRIO TITULAR – Guia de Rede Credenciada, que tem caráter informativo e pode sofrer alterações.

11.3. O SSI Saúde assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, nas condições previstas a seguir:

11.3.1. Consultas: os BENEFICIÁRIOS serão atendidos no consultório do profissional médico escolhido, dentre os contratados/credenciados do SSI Saúde.

11.3.2. Atendimentos clínicos ambulatoriais: serão prestados nos consultórios, nas clínicas e hospitais próprios/contratados/credenciados do SSI Saúde.

11.3.3. Exames Complementares, serviços auxiliares e terapias: serão prestados pela rede própria ou pela rede SSI Saúde, desde que solicitados por profissional médico.

11.3.4. Atendimentos de Urgência e Emergência e Internações: serão prestados nos pronto-socorros e hospitais próprios/contratados/credenciados, observando:

a) As internações hospitalares deverão ser solicitadas por profissional médico assistente, salvo em casos de urgência e emergência, e serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente e Guia de Internação expedida pelo SSI Saúde.

b) Nos casos de urgência e emergência o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados.

c) O BENEFICIÁRIO obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a Guia de Internação, o documento oficial de identidade e o Cartão Individual de Identificação emitido pelo SSI Saúde, dentro do prazo de validade.

d) O prazo de internação, fixado pelo SSI Saúde, constará na guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para patologias semelhantes. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, deverá apresentar ao SSI Saúde a respectiva solicitação do médico assistente.

11.4. Os serviços assegurados serão prestados exclusivamente na área de abrangência geográfica do presente Regulamento, dentro dos recursos próprios/contratados/credenciados pelo SSI Saúde e somente

pelos médicos credenciados/contratados, conforme relação entregue ao BENEFICIÁRIO, excetuando-se os casos de urgência e emergência, da forma prevista no presente Regulamento.

11.5. Não havendo especialidades ou recursos médicos e hospitalares disponíveis na área geográfica de cobertura, os BENEFICIÁRIOS poderão ser encaminhados pelo SSI Saúde, mediante indicação deste, a outros prestadores, respeitando-se as condições previstas neste Regulamento.

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

11.6. É exigida AUTORIZAÇÃO PRÉVIA nos seguintes casos:

- a) Procedimentos de Diagnóstico
- b) Procedimentos Intervencionistas
- c) Procedimento Cirúrgicos
- d) Internações Clínicas

11.6.1. Para obter a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA mencionada acima, o BENEFICIÁRIO, ou a pessoa por ele designada, deverá apresentar ao SSI Saúde documento assinado pelo médico assistente no qual conste o quadro clínico, o resultado de provas diagnósticas e dos procedimentos solicitados.

11.6.2. Será garantido ao BENEFICIÁRIO resposta à solicitação de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

11.7. Em situações de divergências técnicas, que eventualmente possam vir a ocorrer durante a vigência do presente Regulamento, o SSI Saúde se compromete a:

a) Fornecer ao BENEFICIÁRIO laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do Regulamento, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.

b) Garantir, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

REDE HOSPITALAR

11.8. Será entregue ao BENEFICIÁRIO, no ato da adesão ao PLANO SSI, a Relação de Credenciados editado pelo SSI Saúde, constando o rol dos profissionais contratados/credenciados, dos hospitais, das clínicas e estabelecimentos de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) contratados/credenciados, com respectivos endereços e telefones, disponível para atendimento.

11.9. Os BENEFICIÁRIOS também poderão obter informações sobre a rede credenciada do SSI Saúde no endereço eletrônico www.ssisaude.com.br ou pelo telefone: (54) 3204.4500.

11.10. É facultado ao SSI Saúde a exclusão ou substituição de prestadores de serviço.

11.10.1. A exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, se dará mediante comunicação prévia aos BENEFICIÁRIOS e a ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme o art. 17, parágrafo 1º da Lei 9.656/98.

11.10.2. Nos casos em que houver substituição de estabelecimento hospitalar por vontade do SSI Saúde durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e o SSI Saúde a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico, na forma do contrato, conforme o art. 17, parágrafo 2º da Lei 9.656/98.

11.10.3. O redimensionamento da rede hospitalar por redução ocorrerá mediante prévia autorização expressa da ANS, conforme determina o art. 17, parágrafo 4º da Lei nº 9.656/98.

CO-PARTICIPAÇÃO

11.11. A co-participação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO.

11.12. Este Regulamento prevê co-participação em consultas e exames conforme previsto a seguir:

Procedimento	Co-Participação
Consultas	30%
Exames até 150 Ch's	Isento
Exames entre 151 a 200 Ch's	30%
Exames entre 201 e 300 Ch's	26%
Exames entre 301 e 400 Ch's	22%
Exames entre 401 e 1.200 Ch's	17%
Exames entre 1.201 e 2.000 Ch's	14%
Exames a partir de 2.001 Ch's	13%
Sessões Terapêuticas	30%
Material Especial	30%
Materiais e Medicamentos Previstos no Rol de Procedimentos ANS	30%

11.13. Os percentuais de co-participação estipulados serão cobrados por procedimento realizado e por BENEFICIÁRIO, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pelo SSI Saúde.

11.14. Será de responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR o pagamento da co-participação estipulada, por todos os BENEFICIÁRIO DEPENDENTES a ele vinculados.

12. FORMAÇÃO DO PREÇO

12.1. A formação do preço deste Regulamento é PRÉ-ESTABELECIDO.

13. PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO

13.1. As pessoas jurídicas PATROCINADORAS pagarão ao SSI Saúde, via fatura mensal, a importância total estipulada no convênio de adesão, que é obtida pela soma dos valores das mensalidades estipuladas para cada um dos BENEFICIÁRIOS (titulares e dependentes) inscritos no plano e a elas vinculado, acrescidos dos valores correspondentes à taxa de inscrição.

13.2. As mensalidades serão pagas pelas pessoas jurídicas PATROCINADORAS ao SSI Saúde na data estipulada entre elas, podendo o SSI Saúde adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

13.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

13.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, mais despesas bancárias, caso o título tenha sido protestado.

13.5. Para atendimento à regulamentação em vigor, fica esclarecido que o preço único determinado no convênio de adesão foi calculado com base na média ponderada entre a quantidade de beneficiários por faixa etária e o valor de mensalidade de cada faixa etária.

13.6. O BENEFICIÁRIO TITULAR reconhece como dívida líquida e certa em favor do SSI Saúde quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a si ou seus dependentes, depois de cessadas as responsabilidades do SSI Saúde, independentemente da data de início de tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento administrativo ou judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este Regulamento.

14. REAJUSTE

14.1. Para fins deste Regulamento, é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial.

14.2. Todos os preços previstos neste instrumento jurídico serão reajustados automática e anualmente no mês de AGOSTO, pelo índice IPC - Saúde (Índice de Preços ao Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses.

14.2.1. Além do índice estipulado no artigo anterior, os preços também serão reajustados anualmente pelo índice de reajuste técnico, obtido por meio da sinistralidade verificada no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$S = DA / R$$

Onde:

S = Sinistralidade

DA = Despesas Assistenciais

R = Receita

14.2.2. O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 75%, e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R = S / S_m - 1$$

Onde:

S = Corresponde a sinistralidade do período – 12 meses; e

S_m = Corresponde a meta de sinistralidade – 75%

14.3. Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e o número de BENEFICIÁRIOS vinculados no ato da contratação, sendo que qualquer alteração destes itens implicará consequente repactuação dos valores devidos.

14.4. Tal como preceitua a legislação, o SSI Saúde se compromete informar à ANS a aplicação de reajuste ao presente regulamento, bem como divulgá-los em seu portal corporativo na internet.

14.5. As partes estabelecem também que:

a) O presente Regulamento não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses;

b) O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de BENEFICIÁRIOS serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelo SSI Saúde, que será apurado no período de 12 meses consecutivos, em até 03 (três) meses de antecedência da aplicação do reajuste;

c) Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do Regulamento - AGOSTO, entendendo-se esta como data base única;

d) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste

diferenciados dentro de cada grupo de beneficiários vinculado a cada uma das pessoas jurídicas PATROCINADORAS participantes deste Regulamento.

15. FAIXAS ETÁRIAS

15.1. O valor das mensalidades é estabelecido de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

§ Único - Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês subsequente do aniversário do beneficiário.

15.2. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados pela CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

- O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

15.3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança da faixa etária corresponderá aos percentuais indicados abaixo, incidindo sempre sobre o preço correspondente a faixa etária anterior:

Faixa Etária:	Percentual Reajuste
Da 1ª para 2ª faixa	14,99%
Da 2ª para 3ª faixa	15,00%
Da 3ª para 4ª faixa	15,02%
Da 4ª para 5ª faixa	15,01%
Da 5ª para 6ª faixa	16,00%
Da 6ª para 7ª faixa	21,00%
Da 7ª para 8ª faixa	30,00%
Da 8ª para 9ª faixa	35,00%
Da 9ª para 10ª faixa	39,00%

16. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

16.1.1. O SSI Saúde assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à esta operadora de planos de saúde o pagamento integral das mensalidades que antes era de responsabilidade da pessoa jurídica PATROCINADORA a qual estava vinculado, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

16.1.2. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

16.1.3. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou

b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

16.1.4. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente

pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

16.1.5. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

16.1.6. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

16.1.7. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

16.1.8. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

16.1.9. A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso

II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

16.1.10. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

DAS RESPONSABILIDADES

16.2. Será de responsabilidade do EX-EMPREGADO o pagamento da contraprestação em seu nome e de seus respectivos dependentes vinculados, nos termos previsto em plano específico destinado aos aposentados e inativos.

16.3. Será de responsabilidade das pessoas jurídicas PATROCINADORAS informar seus respectivos empregados, em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como BENEFICIÁRIO do plano específico para aposentados e inativos, para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.

17. CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1. O BENEFICIÁRIO será excluído deste Regulamento, mediante prévia comunicação, quando:

a) por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;

b) o BENEFICIÁRIO TITULAR perder o vínculo com a pessoa jurídica PATROCINADORA a qual está vinculado, sendo resguardado o direito de continuidade no plano exclusivo de APOSENTADOS disponibilizado pela SSI Saúde, nos termos deste regulamento e em conformidade com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

c) Se a pessoa jurídica PATROCINADORA, por qualquer motivo, se retirar do SSI Saúde.

17.2. As exclusões de BENEFICIÁRIOS deverão ser comunicadas pela pessoa jurídica PATROCINADORA.

17.3. É de responsabilidade da pessoa jurídica PATROCINADORA solicitar a suspensão ou exclusão dos BENEFICIÁRIOS titulares e dependentes do plano, com exceção dos seguintes casos, em que o SSI Saúde poderá realizá-la a seu livre critério:

a) Fraude; ou

b) Perda do vínculo do BENEFICIÁRIO TITULAR com a pessoa jurídica PATROCINADORA ou do vínculo de dependência em relação ao titular.

17.4. A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

17.5. O encerramento da operação do PLANO SSI se dará de acordo com o Estatuto do SSI Saúde.

18. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. Integram este Regulamento, para todos os fins de direito, o Termo de Adesão assinada pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e eventuais aditivos que venham a ser celebrados entre as partes.

18.2. Para fins de controle, o SSI Saúde poderá exigir que o BENEFICIÁRIO assine os formulários indicados, reconhecendo a realização dos serviços prestados pela REDE CREDENCIADA.

18.3. O SSI Saúde não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

18.4. O BENEFICIÁRIO que optar por acomodação superior aquela garantida por este Regulamento – Coletiva, pagará diretamente ao hospital e aos profissionais que o atenderem, as diferenças das despesas decorrentes.

18.5. Os BENEFICIÁRIOS com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

18.6. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados do SSI Saúde, o BENEFICIÁRIO deverá encaminhar reclamação escrita para a sede administrativa.

18.7. Qualquer tolerância não implica perdão, renovação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.8. O BENEFICIÁRIO TITULAR reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com o SSI Saúde, mesmo em caso de atendimento por outras empresas.

18.9. As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução Nº 1931/09 do Conselho Federal de Medicina.

18.10. O BENEFICIÁRIO TITULAR, por si e seus dependentes, autoriza o SSI Saúde a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

18.11. É obrigação do BENEFICIÁRIO TITULAR comunicar formalmente qualquer alteração dos dados cadastrais, inclusive mudança de endereço. Assim não procedendo, estará isentando o SSI Saúde de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

18.12. Ocorrendo perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o BENEFICIÁRIO deverá comunicar, por escrito, o fato ao SSI Saúde, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

18.13. Este regulamento foi elaborado em conformidade com a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, poderá ensejar ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

18.14. Este Regulamento e seus anexos somente poderão ser alterados mediante aprovação do Conselho Deliberativo do SSI Saúde.

18.15. Os casos omissos ou de dúvidas na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Executiva, cabendo recurso ao respectivo Conselho Deliberativo do SSI Saúde.

18.16. É de responsabilidade conjunta das pessoas jurídicas PATROCINADORAS, o suporte financeiro pelo contingente da utilização do PLANO SSI.

18.17. Fica sem efeito todas as publicações e informações disposta anteriormente no Regulamento do Beneficiário.

19. ELEIÇÃO DO FORO

19.1. Fica eleito o foro do domicílio do BENEFICIÁRIO TITULAR para dirimir qualquer demanda sobre o presente regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Caxias do Sul, 01 de Junho de 2013

Vanderlei Novello
Diretor Presidente



Rua Bento Gonçalves, 2764 | Caxias do Sul - RS - 95020-412

www.ssisaude.com.br