

## REGULAMENTO ECOSAÚDE III - Plano de Saúde Economus

### CAPÍTULO I DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

**Art. 1º** O presente Regulamento tem por objetivo assegurar a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do Art. 1º da Lei nº 9.656/1998, visando à 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, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, e traça as diretrizes de Plano de assistência à saúde.

**Art. 2º** O Economus – Instituto de Seguridade Social, inscrito no CNPJ sob o nº 49.320.799/0001-92, com sede na Rua Quirino de Andrade, 185 – Centro – CEP 01049-902, São Paulo/SP, atuando como operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde classificada na modalidade de Autogestão junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar–ANS, com autorização de funcionamento de operadora sob o nº 34.261-1, na qualidade de operadora de plano, a prestar assistência à saúde aos Titulares e Dependentes, doravante denominados de Beneficiários, regularmente inscritos no Plano de Assistência à Saúde – ECOSAÚDE III, com segmentação assistencial Médico Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e acomodação em apartamento individual padrão, na forma de:

- I- Atendimento por intermédio de profissionais e entidades vinculados a Rede Credenciada, na forma e condições deste Regulamento;
- II- Adesão sob o regime de contratação Coletivo Empresarial, patrocinado, com característica bilateral, oneroso e aleatório, conforme dispõe o Código Civil vigente; e
- III- Cobertura assistencial dentro dos limites da área geográfica de abrangência Nacional.

**Art. 3º** O Plano de Assistência à Saúde - **ECOSAÚDE III**, doravante designado simplesmente como **PLANO**, possui o registro junto a ANS sob o nº 487.622/20-9

### CAPÍTULO II DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**Art. 4º** A adesão a este PLANO dar-se-á mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo Titular, que implica na aceitação plena deste Regulamento, bem como autoriza os descontos da mensalidade em folha de pagamento, débito em conta corrente ou emissão de boleto bancário, enquanto durar a permanência no PLANO.

Parágrafo Único. Os Titulares empregados poderão aderir ao ECOSAÚDE III na data de admissão e terão 30 (trinta) dias para inscrever seu(s) Dependente(s), com isenção das carências previstas neste Regulamento.

**Art. 5º** Podem participar deste PLANO, na condição de Beneficiários, na forma de:

**I. Titulares:**

- a) Os empregados ativos do Economus; e
- b) Os ex-empregados aposentados por invalidez.

**II. Dependentes:**

- a) O cônjuge ou companheiro(a);
- b) Os Filhos, Enteados, Tutelados ou Menores sob guarda ou Curatelado(s), enquanto solteiros, até 21 (vinte e um) anos; e
- c) Os Filhos, Enteados, Tutelados ou Curatelados inválidos, sem limite de idade, enquanto perdurar a invalidez.

§ 1º A cobertura de assistência à saúde oferecida aos Titulares mencionados na alínea “b” do inciso I deste artigo, fica restrita aos Beneficiários já inscritos no plano ECOSAÚDE III.

§ 2º Fica assegurada aos ex-empregados demitidos sem justa causa e aos ex-empregados que se desligarem do Economus já na condição de aposentados(as), a opção de permanecerem no PLANO como Titular se formalizarem o pedido em até 30 (trinta) dias contados a partir da data de seu desligamento.

§ 3º Com o falecimento do Titular mencionado no § 2º deste artigo, fica assegurado ao(s) seu(s) Dependente(s) que estava(m) inscrito(s) no plano a possibilidade de nele permanecer(em), pelo restante do prazo a que fazia jus o referido Titular. O(s) Dependente(s) deverá(ão) manifestar a intenção de permanecer no plano em até 30 (trinta) dias após o falecimento do Titular, assumindo a responsabilidade pelo pagamento da contribuição que vinha sendo paga pelo Titular, conforme previsão legal (Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998).

§ 4º A adesão de Dependente(s) ao PLANO dependerá da participação do Titular no ECOSAÚDE III.

§ 5º Para a inclusão de Dependente(s) ao PLANO, o Titular deve apresentar a seguinte documentação:

**I. Cônjuge ou Companheiro(a):**

- a) Certidão de casamento civil ou de união estável com registro em cartório.

**II. Filho(a):**

- a) certidão de nascimento

**III. Tutelado(a),**

- a) certidão de nascimento; e
- b) certidão judicial de tutela, com comprovação anual para renovação.

**IV. Enteadado(a),**

- a) certidão de nascimento; e

b) certidão de casamento civil ou de união estável com o Titular com registro em cartório.

**V. Menor sob Guarda,**

- a) certidão de nascimento; e
- b) termo de entrega do Poder Judiciário, com comprovação anual de renovação.

**VI. Curatelado**

- a) certidão de nascimento; e
- b) Certidão judicial de curatela, com comprovação anual para renovação.

**VII. Filho(a), Tutelado(a), Enteadado(a) ou Curatelado(a) inválidos(as)**

- a) documentação especificada nos incisos II, III, IV e VI;
- b) apresentação de 2 (dois) laudos periciais emitidos por credenciados do Plano de Assistência Médica e/ou médico da rede oficial, comprovando invalidez temporária ou definitiva.

§ 6º O Titular deve apresentar, inclusive para o(s) Dependente(s), no ato da entrega da Proposta de Adesão, declaração pessoal de saúde – DPS, cópia do documento de identidade com foto, CPF, cartão nacional de saúde, e comprovante de residência, acrescido da documentação relacionada nos incisos deste artigo.

§ 7º Além dos documentos mencionados nos parágrafos anteriores, o ECONOMUS poderá solicitar documentos e/ou informações adicionais para dirimir eventuais dúvidas que permaneçam em relação à proposta de adesão de Beneficiários ao PLANO.

§ 8º O Titular fica obrigado a apresentar ao ECONOMUS, a qualquer momento em que for exigida, num prazo de até 15 dias corridos a contar da data da solicitação, a documentação necessária para comprovar ou atualizar o vínculo de parentesco declarado na Proposta de Adesão. Caso os documentos solicitados não sejam apresentados, isso pode acarretar o cancelamento do Beneficiário no PLANO.

§ 9º A inclusão de Companheiro(a) será autorizado(a) quando o(a) Titular for solteiro(a), divorciado(a), viúvo(a) ou separado(a) judicialmente, devendo ser apresentada a certidão com averbação de separação judicial ou de divórcio e, quando for o caso, o atestado de óbito do Cônjuge.

§ 10º Não será permitida a manutenção de ex-Cônjuge ou ex-Companheiro(a) no ECOSAÚDE III.

§ 11º Na hipótese de invalidez prevista na alínea “c” do inciso II do art. 5º, o dependente se obriga a realizar perícia para comprovação da invalidez anualmente ou sempre que solicitado pelo Economus, sendo o não comparecimento à perícia motivo de exclusão do dependente do PLANO.

§ 12º No prazo de até 15 dias corridos a contar da data do fato gerador, o Titular do PLANO deve comunicar ao ECONOMUS, sob as penas da Lei e das disposições contidas neste Regulamento, qualquer alteração em relação aos seus dados cadastrais e de seu(s)

Dependente(s).

§ 13º O pedido de adesão ao PLANO (de Titular e/ou Dependente(s)) será analisado pelo ECONOMUS, que se manifestará sobre a homologação ou não sobre a solicitação de inscrição, portanto o encaminhamento dos documentos solicitados não caracteriza o ingresso do(s) Beneficiário(s) no PLANO.

§ 14º É garantida a inscrição do filho adotivo, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo titular adotante, desde que seja efetuada com até 30 (trinta) dias a contar da data do termo de adoção registrado em cartório.

**Art. 6º** É assegurado o direito de inscrição do recém-nascido, filho (adotivo ou natural), como Dependente do Titular, com isenção de carência, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Pré-existente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT ou agravo, mediante comunicação por escrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar da data do parto, munido de certidão de nascimento ou do termo de adoção registrado em cartório.

**Art. 7º** O Titular é responsável por si e pelo(s) Dependente(s) inscrito(s) no PLANO, no tocante:

- I- aos atos ou infrações praticadas;
- II- às informações prestadas na Proposta de Adesão; e
- III- ao pagamento das suas contribuições e de seu(s) Dependente(s), conforme as condições estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo único. A omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações e/ou documentos que subsidiem a Proposta de Adesão quanto às condições de elegibilidade exigidas pelo PLANO poderão ser causas de cancelamento do Beneficiário deste PLANO.

### **CAPÍTULO III FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**Art. 8º** O PLANO fornecerá ao Titular e ao(s) seu(s) Dependente(s) Carteira de Identificação contendo seus dados cadastrais, data da adesão, prazo de validade e número da carteira expressos, cuja apresentação será obrigatória, juntamente com documento oficial de identidade, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo PLANO.

§ 1º A Carteira de Identificação possui caráter pessoal e intransferível e será encaminhada ao Titular responsável. Até o recebimento da Carteira será assegurada a assistência ao Beneficiário mediante apresentação do documento de identidade junto à rede credenciada, observados os mecanismos de regulação.

§ 2º Ocorrendo perda, extravio, furto ou roubo da Carteira de Identificação, o fato deve ser comunicado imediatamente ao Economus, por meio de seus canais de relacionamento.

§ 3º Em casos reincidentes de que trata o parágrafo anterior, será cobrado do Titular o valor da emissão de nova Carteira de Identificação juntamente com a mensalidade referente ao mês subsequente ao do seu envio ao Titular.

**Art. 9º** Não cabe ao Beneficiário o pagamento de quaisquer diferenças financeiras junto ao prestador de serviço credenciado seja de honorários, materiais, taxas de serviços, medicamentos, próteses ou procedimentos realizados, desde que sejam garantidos através deste PLANO, conforme Capítulo V – Das Coberturas e Procedimentos Garantidos.

Parágrafo único. Havendo cobrança de qualquer espécie por prestador de serviços credenciado, o ECONOMUS deve ser comunicado imediatamente pelo Beneficiário, por escrito, indicando as causas e valor da cobrança, sem necessariamente caracterizar qualquer tipo de reembolso por parte do ECONOMUS.

#### **CAPÍTULO IV DA REDE CREDENCIADA**

**Art. 10** As informações sobre a rede credenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares estão disponibilizadas nos canais de comunicação e relacionamento do Economus (aplicativo, portal, central de atendimento).

**Art. 11** O PLANO pode promover, a qualquer tempo, alterações em sua rede de prestadores de serviços credenciados, respeitada a legislação dos Planos privados de assistência à saúde em vigor.

§ 1º Para a substituição de estabelecimento hospitalar por outro equivalente, será necessária comunicação prévia ao Beneficiário e à ANS. Esta comunicação não será observada em casos de fraude e infração às normas sanitárias ou fiscais em vigor pelo prestador de serviço.

§ 2º No caso da substituição do estabelecimento hospitalar por iniciativa do ECONOMUS que ocorrer durante o período de internação do Beneficiário, fica garantida a assistência até a alta ou transferência hospitalar para outro prestador de serviços credenciado, a critério médico, na forma estabelecida no respectivo regulamento com o prestador de serviços.

§ 3º No caso de substituição de rede hospitalar por infração às normas sanitárias e/ou fiscais em vigor que ocorrer durante o período de internação do Beneficiário, o ECONOMUS se responsabilizará pela sua transferência, via transporte terrestre, para outro estabelecimento hospitalar credenciado mais próximo que, no entender do ECONOMUS, ofereça condições para continuidade da internação.

#### **CAPÍTULO V DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**Art. 12** Os Beneficiários terão cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela ANS, por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças

listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), desde que respeitados os prazos de carência, a rede credenciada, as exclusões, os mecanismos de regulação e autorizações prévias e as coberturas estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo único. O atendimento dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida neste Regulamento será assegurado independentemente do local de origem do evento, conforme a legislação em vigor.

#### **I- Do atendimento ambulatorial:**

- a)** Consultas médicas, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e autorizadas pelos órgãos sanitários competentes;
- b)** Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e fundamentados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c)** Assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto por equipe especializada;
- d)** Consultas e/ou 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 fundamentada do médico assistente;
- e)** 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 fundamentada do médico assistente;
- f)** Reeducação ou reabilitação física listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra quanto por fisioterapeuta, conforme indicação fundamentada do médico assistente;
- g)** Participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, que terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica fundamentada;
- h)** Ações de planejamento familiar listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo atividades de educação e atendimento clínico;
- i)** atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- j)** Remoção terrestre, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

**k) Procedimentos considerados especiais:**

- 1) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- 2) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- 3) Radioterapia ambulatorial listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 4) Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial, que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- 5) Hemoterapia ambulatorial; e
- 6) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

**l) Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados pela 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental – CID 10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, compreendendo as seguintes coberturas:**

- 1) Tratamento básico, assim considerado aquele prestado por médico, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- 2) Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco à vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes; e
- 3) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência.

**II- Do atendimento hospitalar:**

- a)** Internações hospitalares, em apartamento individual padrão, por meio de hospitais, clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e autorizadas pelos órgãos sanitários competentes, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, desde que solicitada por médico assistente, para realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos;

**b)** Internações hospitalares em Centro Terapia Intensiva ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo ou quantidade, desde que solicitada e justificada por médico assistente; e

**c)** Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério, desde que o Beneficiário tenha cumprido todos os períodos de carência:

1) Cobertura das despesas, conforme indicação fundamentada do médico assistente e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

2) Cobertura de um acompanhante indicado pela parturiente durante o trabalho de parto e pós-parto imediato; e

3) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

**d)** Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados pelo CID 10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, compreendendo as seguintes coberturas:

1) Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação, por ano, não acumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

2) Custeio integral, de pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano, não acumulativos, em hospital geral, para Beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

3) Custeio de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia (dayclinic) para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo que para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados com o CID-10, a cobertura é de 180 (cento e oitenta) dias, por ano, não acumulativo, observadas, ainda possíveis alterações a serem implementadas pela ANS; e

4) Na hipótese de, por indicação fundamentada do médico assistente, haver a necessidade de prorrogação do tratamento, em regime ambulatorial e/ou hospitalar, dos transtornos psiquiátricos, que excedam aos limites previstos, as despesas daí decorrentes serão arcadas integralmente pelo ECONOMUS, desde que previamente autorizadas pela auditoria médica do ECONOMUS.

**e)** Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente;

**f)** Exames complementares indispensáveis, devidamente justificados, para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;



**g)** Fornecimento de medicamentos, desde que não sejam experimentais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

**h)** Cobertura de toda e qualquer taxa acordada entre o ECONOMUS e o prestador de serviços credenciado, incluindo materiais e próteses utilizadas, relacionada à internação hospitalar do paciente;

**i)** Remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar credenciado, por solicitação do médico assistente, desde que dentro do limite de abrangência geográfica previsto neste Regulamento, para continuidade do atendimento e/ou realização de procedimento pelo Beneficiário em outro prestador de serviços credenciado ou não;

**j)** Despesas de alimentação e acomodação do acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos de idade ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de deficiências, conforme indicação fundamentada do médico assistente; e

**k)** Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar, conforme segue:

1) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

2) Quimioterapia oncológica ambulatorial, considerada aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

3) Radioterapia listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

4) Hemoterapia;

5) Nutrição parenteral ou enteral;

6) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

7) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

8) Radiologia intervencionista;

- 9) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
- 10) Reeducação ou reabilitação física listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- l)** Cirurgia plástica reconstrutiva de mamas para o tratamento de reparação decorrente de utilização de técnica no tratamento de câncer;
- m)** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- n)** Transplantes de rins e córneas e dos transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo as despesas vinculadas a esses procedimentos e, quando couber, com as despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com 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;
- o)** Participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
- p)** Ações de planejamento familiar listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- q)** Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- r)** Cobertura de remoção terrestre para os atendimentos classificados como urgência e emergência e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade inicial para continuidade do atendimento ao Beneficiário;
- s)** Cobertura de próteses ligadas aos atos cirúrgicos listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- t)** Cobertura de remoção terrestre inter-hospitalar para os atendimentos classificados como urgência e emergência, desde que justificada pelo médico assistente relatar a falta de recursos da unidade solicitante para continuidade do atendimento ao Beneficiário em outro prestador de serviços credenciado; e
- u)** Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação

hospitalar.

**Art. 13.** O PLANO efetuará, em nome e por conta e ordem do Titular, os pagamentos decorrentes dos atendimentos prestados pela rede credenciada.

## **CAPÍTULO VI DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Art. 14** Nos termos da legislação vigente, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no Art. 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos das coberturas obrigatórias deste PLANO de saúde, os seguintes procedimentos:

- I- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II- Tratamentos dentários e aparelhos ortodônticos;
- III- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- IV- Inseminação artificial, assim como os exames e medicamentos utilizados para tal finalidade;
- V- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VI- Fornecimento de medicamentos e/ou materiais nacionais ou importados não nacionalizados, sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, ou que não possuem as indicações descritas na respectiva bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label) assim como os medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- VII- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto quando previstos pela cobertura oferecida pelo Rol da ANS;
- VIII- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, assim entendido como calçados ortopédicos, palmilhas, óculos, lentes de contato, pernas ou braços mecânicos e similares;
- IX- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X- Despesas hospitalares de acompanhante, exceto as previstas neste Regulamento;
- XI- Quaisquer despesas hospitalares e afins quando solicitadas/utilizadas por iniciativa do Beneficiário/paciente ou seu responsável não previstas/relacionadas ao evento coberto e/ou não prescritas pelo médico assistente, assim como em casos de internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar ou em estabelecimentos para acolhimento de idosos;

XII- Despesas hospitalares extraordinárias, entre outras, ligações interurbanas, refeições não prescritas no tratamento, refrigerantes, lavagem de roupas e indenização por furtos, ressarcimento por danos ou destruição de objetos;

XIII- Acomodações hospitalares em padrão diferente do estabelecido neste Regulamento;

XIV- Reembolso de despesas médico-hospitalares não previstas em lei e/ou no âmbito da abrangência deste Regulamento;

XV- Despesas decorrentes de cataclismos, guerra, epidemias e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVI- Tratamentos em clínicas de emagrecimento, hotéis, pensões, SPAs, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais, clínicas de acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos;

XVII- Cirurgias refrativas, observadas as regras de regulação estabelecidas pelos órgãos competentes ou coberturas definidas pelo Rol da ANS;

XVIII- Imobilizadores ortopédicos em substituição ao gesso;

XIX- Despesas com funeral;

XX- Procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento e não previstos no Rol para segmentação deste PLANO;

XXI- Cirurgias com a finalidade de mudança de sexo;

XXII- Procedimentos realizados sem autorização prévia previstos na Tabela Padrão do Economus - TPE com tal exigência;

XXIII- Exames de verificação de paternidade;

XXIV- Colchões ortopédicos ou magnetizados ou similares;

XXV- Administração de vacinas;

XXVI- Intervenções com finalidade contraceptiva que não prevista na legislação de saúde e no Rol da ANS;

XXVII- Lentes externas para qualquer deficiência visual;

XXVIII- Suplementos alimentares;

XXIX- Procedimentos, exames, tratamentos ou internações realizadas no exterior;

XXX- Tratamento da obesidade, exceto aquelas definidas nas diretrizes do Rol de

Procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento;

XXXI – Transporte ou deslocamento do Beneficiário da residência ou do local não caracterizado como estabelecimento de saúde para um serviço de saúde credenciado ou não;

XXXII – Transporte ou deslocamento do Beneficiário do serviço de saúde credenciado ou não para residência ou outro local;

XXXIII – Consultas domiciliares; e

XXXIV – Procedimentos realizados em períodos de carência.

## **CAPÍTULO VII DA DURAÇÃO DO REGULAMENTO**

**Art. 15** A vigência deste Regulamento é por prazo indeterminado, com início na data da sua aprovação pelos órgãos competentes.

## **CAPÍTULO VIII DAS CARÊNCIAS**

**Art. 16** Os serviços cobertos pelo PLANO estão sujeitos aos seguintes períodos de carência, contados da data da adesão, observadas as condições estabelecidas no Art. 5º:

I- atendimentos de urgências ou emergências: 24 (vinte e quatro) horas;

II- Consultas médicas: 30 (trinta) dias corridos;

III- Procedimentos de diagnose, tratamentos especializados, procedimentos especiais e terapias exclusivamente ambulatoriais: 60 (sessenta) dias corridos;

IV- Internações hospitalares (inclusive serviços de diagnose e terapia intrínsecos), remoções não relacionadas aos atendimentos de urgência e emergência e procedimentos cirúrgicos: 180 (cento e oitenta) dias corridos; e

V- Partos a termo: 300 (trezentos) dias corridos.

**Art. 17** Para os efeitos deste Regulamento consideram-se as seguintes definições:

I- Atendimento de urgência: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II- Atendimento de emergência: é o evento que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

§ 1º O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, a partir de 0 (zero) hora do dia seguinte ao da adesão ao PLANO, inclusive para os casos que evoluírem para internação.

§ 2º O atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional da Beneficiária que esteja cumprindo carência para parto a termo, será garantido a partir de 0 (zero) hora do dia seguinte ao da adesão ao PLANO, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§ 3º O atendimento de emergência durante o período de carência será garantido a partir de 0 (zero) hora do dia seguinte ao da adesão ao PLANO, limitado às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, em regime ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§4º Para os casos previstos nos § 2º e §3º deste artigo que evoluírem para internação, mesmo em tempo menor do que 12 horas, ou se a permanência em ambiente ambulatorial superar este período, cessará o ônus do PLANO, passando a responsabilidade financeira ao Titular.

**Art. 18** Depois de cumpridos os períodos de carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do Beneficiário até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, conforme Art. 3º da resolução Conselho de Saúde Suplementar - CONSU 13/1998.

**Art. 19** As exceções quanto ao cumprimento de períodos de carência para adesão de novos Beneficiários a este PLANO são as seguintes:

I- O cônjuge ou companheiro(a), desde que a Proposta de Adesão seja apresentada pelo respectivo Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da data da certidão do casamento ou da comprovação da união estável registrada em cartório com o Titular;

II- Recém-nascido, filho (natural ou adotivo) de Beneficiário isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a Proposta de Adesão seja apresentada pelo Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da data do nascimento ou da data do termo de adoção registrada em cartório, e que o Titular já tenha cumprido todos os períodos de carência. Caso o Titular não tenha cumprido todos os períodos, o recém-nascido aproveitará os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário;

III- Filhos, natural ou adotivo, desde que a Proposta de Adesão seja apresentada pelo Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da data do nascimento ou da homologação da adoção registrada em cartório;

IV- Enteados, desde que a Proposta de Adesão seja apresentada pelo respectivo Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da data da inclusão da(o) companheiro(a) no PLANOS; e

V - Tutelados/Curatelados e menores sob guarda, desde que a Proposta de Adesão seja apresentada pelo respectivo Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da data da decisão judicial registrada em cartório.

## **CAPÍTULO IX DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**

**Art. 20** Para fins deste Regulamento considera-se:

I- Doenças ou Lesões Pré-existentes (DLP): aquelas que o Titular ou Dependente saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao PLANO privado de assistência à saúde, de acordo com o Art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do Art. 4 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162/2007 e alterações; e

II- Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados, exclusivamente, às doenças ou lesões pré-existentes declaradas pelo Titular ou seu representante legal no momento da contratação.

Parágrafo único. No PLANO não se aplicará cláusula de cobertura parcial, temporária ou agravado nos casos de usuários portadores de doenças ou lesões pré-existentes.

## **CAPÍTULO X DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**Art. 21** Para os casos de urgência e emergência, o PLANO garantirá a assistência médica no sentido de preservação da vida, órgãos e funções, dentro da área geográfica de abrangência prevista neste Regulamento.

**Art. 22** É garantido o direito de reembolso ao Titular, para atendimento dentro da área de abrangência e fora da rede credenciada, quando não for possível a utilização da rede credenciada do PLANO, observando-se os valores estipulados pelo ECONOMUS, conforme orientação descrita no Capítulo XI – Do Reembolso deste Regulamento.

**Art. 23** É garantida a cobertura de remoção terrestre inter-hospitalar nas seguintes hipóteses:

I-Para outra unidade de atendimento da rede credenciada, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao Beneficiário; e

II-Para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência ou emergência, quando o Beneficiário estiver cumprindo período de carência de 12 (doze) horas de atendimento em nível ambulatorial, diante da necessidade de internação.

§1º Quando não for possível a remoção por risco à vida, o Beneficiário e o prestador de

serviços do atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o ECONOMUS desse ônus.

§2º Caberá ao ECONOMUS o ônus e a responsabilidade da remoção do Beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

§3º O ECONOMUS deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários visando garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o Beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS.

§4º Se o Titular ou seu Dependente optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará o ECONOMUS desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**Art. 24** É garantido o atendimento de urgência decorrente de acidentes pessoais, sem restrições desde que o evento tenha ocorrido após ingresso neste PLANO, depois de decorridas 24 horas a contar da data da adesão do Beneficiário.

**Art. 25** Durante o período de carência relativo aos casos em processo gestacional, a cobertura será prestada por até 12 (doze) horas em caráter ambulatorial ou até que ocorra a necessidade de internação.

**Art. 26** Depois de cumpridas as carências para a internação hospitalar e para o atendimento obstétrico, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão do paciente até a alta ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

## **CAPÍTULO XI DO REEMBOLSO**

**Art. 27** Em caso de atendimento de urgência e emergência e quando não for possível a utilização da rede credenciada do PLANO, fica garantido ao Titular o direito de reembolsar as despesas pelo menor valor entre o limite dos valores constantes na Tabela Padrão Economus - TPE e o valor do documento fiscal que comprove o atendimento.

§1º O Titular terá prazo máximo de 01 (um) ano para solicitação do reembolso mediante a apresentação da documentação original e o pedido será liquidado na conta corrente do Titular no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do recebimento pelo ECONOMUS da documentação necessária à comprovação das despesas.

§2º O reembolso é feito diretamente ao Titular e está sujeito:

### **I- Quanto aos serviços:**

- a) à observância dos períodos de carência;
- b) à observância aos mecanismos de regulação;



- c) à observância à área de abrangência geográfica de cobertura; e
- d) aos procedimentos cobertos pelo PLANO.

## **II- Quanto aos materiais e medicamentos, limitado:**

- a) aos preços constantes das tabelas utilizadas pelo PLANO, que estão à disposição do Beneficiário na sede administrativa do ECONOMUS.

## **III- Quanto a documentação necessária:**

- a) Documento fiscal (Nota Fiscal, Cupom Fiscal ou Recibo de Pagamento ao Autônomo - RPA), contendo:

- 1) Nome completo do paciente, exceto quando for cupom fiscal;
- 2) Identificação do emitente: profissional (nome completo, nº da inscrição no Conselho Regional da respectiva categoria, CPF e especialidade para consulta médica) ou pessoa jurídica (razão social e CNPJ);
- 3) Identificação do profissional que executou o procedimento (nome completo, número da inscrição no Conselho Regional da respectiva categoria, CPF e especialidade para consulta médica), quando se tratar de nota fiscal;
- 4) Assinatura e carimbo do profissional, quando se tratar de RPA;
- 5) Discriminação detalhada dos serviços realizados (inclusive taxas, medicamentos e materiais); e
- 6) Correspondência de encaminhamento contendo local, data, quantidade, valor unitário e valor total, com assinatura e carimbo do profissional.

- b) Relatório médico, pedido médico ou boletim anestésico, a depender de cada caso, contendo:

- 1) Nome completo do paciente;
- 2) Identificação do emitente: profissional (nome completo, número de inscrição do médico no CRM e CPF) ou entidade (Razão social e CNPJ);
- 3) Discriminação detalhada dos procedimentos com os respectivos códigos realizados ou solicitados;
- 4) Quando for o caso, discriminação dos materiais, medicamentos, taxas de serviços, aparelhos com finalidade médica prescritos e utilizados, com a respectiva quantidade;

- 5) Justificativa médica com CID (Código Internacional de Doenças) e hipótese diagnóstica; e
- 6) Correspondência de encaminhamento, contendo:
  - i) Local, data/período, hora (apenas para os casos de internação e de honorários médicos) do atendimento ou tratamento; e
  - ii) Nome completo, número de inscrição do médico no CRM e assinatura e carimbo do médico.

§3º O pedido de reembolso deve ser apresentado em formulário próprio do ECONOMUS que está disponível em sua sede administrativa ou no endereço eletrônico [www.economus.com.br](http://www.economus.com.br), acompanhado de todos os documentos originais relacionados neste artigo, devidamente assinado pelo Titular.

§4º Não são passíveis de reembolso, pedidos com documentação incompleta, documentos ilegíveis, dupla grafia ou que contenham rasuras ou emendas bem como quando o local de atendimento não se encontra devidamente habilitado e regularizado junto aos órgãos fiscalizadores.

§5º Ficam excluídos os serviços ou procedimentos abaixo relacionados do processo de reembolso:

- I- Medicamentos ou materiais adquiridos em farmácia;
- II- Procedimentos ou exames realizados após 30 (trinta) dias da data do pedido médico;
- III- Internações ocorridas após 15 (quinze) dias da solicitação médica;
- IV- Reapresentação de solicitação de ressarcimento devolvido, por motivo de documentação incompleta, após 60 (sessenta) dias da data de despacho do processo;
- V- Pedido de reembolso reapresentado depois de decorridos 60 (sessenta) dias da data do despacho denegatório, quando se tratar de recurso; e
- VI- Pedido de reembolso de serviços ou procedimentos ocorridos fora da abrangência geográfica do PLANO.

§6º Em caso de dúvida, o Beneficiário deve entrar em contato com o ECONOMUS por intermédio da Central de Relacionamento do ECONOMUS.

## **CAPÍTULO XII DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

**Art. 28** O PLANO adota como mecanismos de regulação a forma de acesso aos serviços e/ou procedimentos oferecidos pelo PLANO e a coparticipação financeira quando da utilização dos serviços pelos Beneficiários.

**Art. 29** O ECONOMUS se utiliza do controle de acesso aos serviços e/ou procedimentos oferecidos pelo PLANO, com a finalidade de regular a demanda de utilização dos serviços e/ou procedimentos descritos neste Regulamento, nos termos da Lei nº 9.656/1998 e a Resolução CONSU 8/1998, para o que são considerados os seguintes mecanismos:

**I- São mecanismos de regulação:**

- a) Perícia prévia: Exame médico efetuado por prestador de serviços credenciado ou em locais indicados pelo ECONOMUS, com finalidade de mediar a solicitação realizada pelo médico assistente frente às indicações técnicas ou alinhamento às diretrizes da ANS;
- b) Autorização Técnica: Autorização codificada (senha) solicitada pelo credenciado por meio do portal, para análise e parecer da auditoria médica, previamente à realização de exames ou procedimentos, conforme disposições contidas na Tabela Padrão Economus -TPE;
- c) Autorização Administrativa: Autorização codificada (senha) solicitada por meio do portal ou da central de relacionamento, concedida automaticamente ao credenciado pelo sistema de regulação, previamente à realização de exames, procedimentos ou internações, conforme disposições contidas na TPE; e
- d) Segunda Opinião: Exame médico efetuado por prestador de serviços credenciado ou em local indicado pelo ECONOMUS, com finalidade de mediar a solicitação realizada pelo médico assistente frente às indicações técnicas ou alinhamento às diretrizes da ANS; e
- e) Auditoria Técnica: A auditoria dos serviços médico-hospitalares constitui importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos solicitados e executados através do PLANO. Ela visa a resolutividade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços e, nesse sentido, exige conhecimento técnico, pleno e integrado das atividades auditadas pelo profissional auditor: médico, de enfermagem ou outro, cuja atuação esteja amparada pelo seu código de conduta profissional.

**Art. 30** O ECONOMUS poderá solicitar perícia prévia para autorização de procedimentos, dentre outras situações, quando:

§1º Houver a necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não será exposta a um procedimento diferente daquele cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médicos-científicos aceitos e os benefícios com a cobertura oferecida pelo PLANO.

§2º Forem identificadas distorções ou alterações significativas dentre os procedimentos solicitados e os índices de saúde no perfil da população assistida pelo PLANO.

§3º Houver a necessidade da solicitação apresentada adequar-se à correta utilização da cobertura oferecida pelo PLANO, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo Beneficiário.

§ 4º Houver a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento em relação à cobertura oferecida pelo PLANO.

**Art. 31** Os procedimentos que requerem autorização prévia do PLANO estão listados detalhadamente na Tabela Padrão Economus – TPE.

Parágrafo único. Ficam dispensados de autorização prévia de que tratam este artigo, os casos de atendimentos de urgência e emergência, porém sujeitos, ainda que posteriormente, à comprovação e/ou verificação desta condição e a não caracterização da condição de urgência ou emergência resultará na aplicação das medidas previstas neste Regulamento.

**Art. 32** O pedido de autorização prévia deve ser realizado preferencialmente pelo prestador de serviço credenciado, formalizando a solicitação diretamente no portal do ECONOMUS ([www.economus.com.br](http://www.economus.com.br)).

**Art. 33** O fornecimento de autorização administrativa ocorrerá no prazo máximo de 01 (um) dia útil a contar da data da solicitação, exceto quando se tratar de procedimentos que necessitem de autorização técnica.

**Art. 34** Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede de credenciados do PLANO.

**Art. 35** A relação contendo a rede credenciada do PLANO está disponível na página do ECONOMUS na Internet ([www.economus.com.br](http://www.economus.com.br)), em sua sede administrativa ou por meio da Central de Relacionamento do ECONOMUS.

**Art. 36** Eventual alteração na rede hospitalar observará a legislação vigente, com comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

**Art. 37** Eventuais divergências de natureza médica a respeito de autorização prévia serão dirimidas por junta médica constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por médico do ECONOMUS e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração dos profissionais credenciados ficará a cargo do ECONOMUS.

Parágrafo único. Cada parte arcará com os honorários do médico que indicar, se este não pertencer à rede credenciada do ECONOMUS.

**Art. 38** Da coparticipação financeira quando da utilização dos serviços:

§ 1º O Titular é obrigado a arcar com coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre o valor

da TPE para os seguintes procedimentos cobertos pelo PLANO, exceto quando realizados em regime de internação hospitalar ou hospital-dia (day-clinic):

- I- Consultas em geral; e
- II- Exames considerados de baixa complexidade, identificados na Tabela Padrão Economus –TPE, vigente a época de cobrança do evento.

§ 2º Não cabe cobrança de coparticipação para consultas realizadas por médico indicado pelo ECONOMUS para realização de perícia médica.

**Art. 39** A coparticipação mencionada no § 1º do Art. 38 estará limitada a 8% (oito por cento) do salário bruto do Titular, sendo o valor excedente acumulado para débito nos meses seguintes.

**Art. 40** Os serviços utilizados num mesmo mês, cuja cobrança que contenha divergências ou não tenha sido apresentada pelos prestadores ou fornecedores neste mesmo período, terão a cobrança da coparticipação também em meses subsequentes.

**Art. 41** O Titular está obrigado a arcar com ressarcimento ao PLANO de 100% (cem por cento) sobre o valor da TPE dos eventos que extrapolarem o limite de utilização definido pela legislação vigente.

### **CAPÍTULO XIII DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

**Art. 42** O custeio do PLANO é formado pelas mensalidades e coparticipações arrecadadas dos Titulares, na modalidade de preço pós-estabelecido, na forma de rateio, composto da seguinte forma:

I - O Titular do PLANO definido no Art. 5º deste Regulamento pagará mensalidade, pelo grupo familiar, de 4,5% (quatro e meio por cento) do salário/provento bruto mensal, considerando um valor mínimo de mensalidade de R\$ 125,00 (cento e vinte e cinco reais), e o máximo de R\$ 1.215,00 (um mil, duzentos e quinze reais), enquanto permanecer inscrito no plano.

II - O Economus Instituto de Seguridade Social, como empregador desses titulares, garante os riscos decorrentes da operação deste plano de assistência à saúde, arcando com a despesa assistencial decorrente da utilização dos Beneficiários do PLANO, deduzidos os valores provenientes das mensalidades estabelecidas no item I deste artigo e da coparticipação mencionada no Art. 38.

§1º Considera-se como sendo salário/provento bruto a soma das verbas remuneratórias fixas recebidas mensalmente pelo titular.

§2º A participação referida no inciso I assegura a cobertura do PLANO aos Titulares e respectivos Dependentes.

§3º A contribuição mencionada no inciso I não incidirá sobre o 13º (décimo terceiro) salário.

§4º O Titular será responsável pelo pagamento das contribuições e coparticipações decorrentes da assistência à saúde oferecida ao grupo familiar inscrito no PLANO, em conformidade com o estabelecido neste Regulamento.

§5º A mensalidade será descontada do Titular por intermédio de desconto em folha de pagamento ou débito em conta corrente, ou na impossibilidade de pagamento, por meio de boleto bancário.

§6º Quando a adesão de Titular ocorrer fora da data de recebimento estabelecida para este plano, a primeira mensalidade será cobrada *pro rata die*, considerando o período entre a data da adesão e a data de vencimento estabelecida para este plano.

**Art. 43** O não pagamento da mensalidade ou da coparticipação na data do vencimento não prejudicará a exigibilidade do pagamento. Em ocorrendo essa situação, o Titular deve entrar em contato, imediatamente, com o Economus, por meio de seus canais de relacionamento.

**Art. 44** O atraso no pagamento de mensalidade e/ou de coparticipação acarretará a aplicação de multa de 2% (dois por cento) do valor do débito em atraso e juros de mora mensal de 1% (um por cento), aplicados até a data do efetivo pagamento. Esses percentuais podem sofrer alteração em razão de mudança na legislação concernente à matéria.

#### **CAPÍTULO XIV DOS REAJUSTES**

**Art. 45** Os percentuais e valores estabelecidos nos Arts. 38, 39 e no inciso I do Art. 42 serão reavaliados anualmente e, conforme a situação de equilíbrio do plano, poderão ser efetuados ajustes técnicos na mensalidade e coparticipação, mediante aprovação da Diretoria Executiva e do Conselho Deliberativo do ECONOMUS.

Parágrafo único. Na hipótese de ajuste técnico, o novo percentual será aplicado ao Titular a partir do mês seguinte ao da aprovação.

#### **CAPÍTULO XV DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO E PENALIDADES**

**Art. 46** O Titular e/ou seu(s) Dependente(s) perdem o direito à utilização do PLANO nas seguintes hipóteses:

- I- Por solicitação formal do Titular indicando a sua exclusão e/ou do(s) Dependente(s);
- II- Por motivo de inadimplência;
- III- Por falecimento do Beneficiário;

- IV- Em razão da perda de elegibilidade do Titular ou do não enquadramento como Dependente;
- V- Quando os Dependentes descritos na alínea “b” do inciso II do Art. 5º, atingirem 21(vinte e um) anos;
- VI- Perda do vínculo empregatício, com demissão por justa causa;
- VII- Perde a condição de Beneficiário(a) de forma automática, independentemente de notificação extrajudicial, os Titulares mencionados no §2º do artigo 5º, após o prazo de permanência no PLANO concedido em lei, conforme disposição legal (Arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998); e
- VIII- Perde a condição de Beneficiário de forma automática, independentemente de notificação extrajudicial, os Titulares mencionados no §2º, do artigo 5º, que ficar inadimplente com o pagamento das contribuições ou das coparticipações devidas ao PLANO por mais de 60 (sessenta) dias após o seu vencimento.

§1º Para os Dependentes descritos no inciso V deste artigo é facultado ao Titular do plano incluí-los, por meio de proposta de adesão, ao Plano de Faixa Etária, dentro do prazo de 30 (trinta) dias corridos da data do aniversário do Beneficiário.

§2º Na hipótese do falecimento do Titular e, em havendo saldo devedor relativo a coparticipação, o(s) Dependente(s) assume(m) o compromisso em saldar a dívida com o PLANO.

§3º Ocorrerá a perda da qualidade de Titular quando do não pagamento da mensalidade ou da coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Regulamento, mediante prévia e formal notificação até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

**Art. 47** No ato do desligamento do plano a(s) carteira(s) de identificação de Beneficiários deve(m) ser devolvida(s) ao ECONOMUS.

**Art. 48** O Titular mencionado no Art. 5º é responsável direto pelos atos praticados por seus Dependentes, cabendo-lhe inclusive responsabilidade pelo ressarcimento dos prejuízos causado por si, seus Dependentes e ex-Dependentes.

**Art. 49** As despesas feitas pelo Beneficiário, depois de excluído do PLANO, são de inteira responsabilidade do Titular. A exclusão do plano não libera o Beneficiário das dívidas decorrentes de despesas que tenha feito após a exclusão e que tenham sido pagas pelo PLANO.

**Art. 50** Ao Titular caberá indenizar ao ECONOMUS valores por ele despendidos ou por seu(s) Dependente(s) relativos ao pagamento de despesas a título de utilização indevida de cobertura assistencial.

**Art. 51** Independente da perda da qualidade de Beneficiário do PLANO, a coparticipação decorrente da utilização dos serviços pelo Dependente será cobrada do Titular, por meio de desconto em folha de pagamento ou débito em conta corrente do Titular.

**Art. 52** O ECONOMUS, por decisão da Diretoria Executiva, pode excluir ou suspender os direitos dos Titulares ou seus Dependentes, observadas as condições estabelecidas neste Regulamento, em especial para as seguintes situações:

- I- Obter ou tentar obter benefícios ou vantagens para si ou para outrem mediante fraude;
- II- Ceder a Carteira de Identificação do plano a terceiros inscritos ou não no plano; e
- III- Não informar ao ECONOMUS as situações de perda da condição de Dependente previstas neste Regulamento, no prazo de até 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da ocorrência do fato.

**Art. 53** As penalidades correspondentes às irregularidades praticadas por Titular ou seus Dependentes são aplicadas conforme disposição abaixo:

Situação	Penalidade
Fraude ou tentativa de fraude na utilização da Carteira de Identificação do PLANO.	Exclusão do Titular e/ou de seu (s) Dependente (s).
Fraude ou tentativa de fraude no processo de reembolso.	Exclusão do Titular e/ou de seu (s) Dependente (s)
Tentativa de fraude na manutenção indevida de Dependente (s), com utilização dos serviços do PLANO.	Suspensão do Titular e/ou Dependente (s) por 180 dias, com a obrigação de quitar a dívida resultante das utilizações indevidas.
Não liquidar, no prazo estabelecido, quaisquer débitos para com o PLANO.	Perda da qualidade de Beneficiário, conforme o §3º do Art. 46 deste Regulamento.

Parágrafo único. Na hipótese da ocorrência de exclusão de que trata este artigo, fica vedada a inclusão do(s) infrator(es) em qualquer outra modalidade de assistência à saúde sob a administração do ECONOMUS.

**Art. 54** As situações irregulares não previstas neste Regulamento serão examinadas pela Diretoria Executiva do ECONOMUS.

**Art. 55** As decisões de suspensão ou exclusão, são passíveis de recurso à Diretoria Executiva do ECONOMUS, no prazo de 30 dias corridos, a contar da ciência do fato pelo Titular. No caso, de a Diretoria Executiva manter a decisão, o recurso será encaminhado automaticamente ao Conselho Deliberativo.

Parágrafo único. Não cabe recurso de decisão do Conselho Deliberativo.



## **CAPÍTULO XVI DAS REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

**Art. 56** É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do Art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do Art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no Art. 6º da Resolução nº. 279.

§ 2º Conforme previsão legal, o ex-empregado do Economus perderá o direito à permanência no PLANO caso seja admitido em novo emprego, cabendo-lhe informar ao Economus a sua admissão no novo emprego.

**Art. 57** É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do Art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

**Parágrafo único.** É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

**Art. 58** O pagamento integral a que se refere este capítulo é formado pela soma dos valores decorrentes da aplicação do percentual estabelecido neste Regulamento (contribuição pessoal) acrescida da contribuição patronal, apurada mensalmente.

## **CAPÍTULO XVII DO CANCELAMENTO A PEDIDO DO TITULAR**

**Art. 59** Além das hipóteses previstas neste Regulamento, as coberturas asseguradas pelo PLANO serão automaticamente canceladas, sem que caiba qualquer indenização a qualquer das partes, se houver solicitação por escrito do Titular de desligamento do plano ou manifestação contrária à renovação deste Regulamento, acompanhada da devolução da(s) respectiva(s) Carteira(s) de Identificação.

§ 1º A solicitação de cancelamento do PLANO não desobriga o Beneficiário do pagamento de débitos de sua responsabilidade.

§ 2º O Beneficiário que se desligar do PLANO não terá direito a devolução/ressarcimento de qualquer valor, salvo eventual pagamento indevido ao ECONOMUS e/ou reembolso de despesas pendentes.

## **CAPÍTULO XVIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 60** A adesão ao PLANO implica na aceitação plena deste Regulamento por meio da assinatura na proposta de adesão que deverá ser recebida e homologada pelo ECONOMUS.

**Art. 61** A não devolução da(s) carteira(s) de identificação do(s) Beneficiário(s) do PLANO (Titular e dependentes) e sua utilização indevida após o desligamento do Plano, bem como a utilização fora dos parâmetros estabelecidos neste Regulamento, obriga o Titular do PLANO ao ressarcimento integral e imediato das despesas geradas pela utilização do plano, sujeitando-se também a outras medidas judiciais.

**Art. 62** O ECONOMUS não responderá, em hipótese alguma, por ações ou decisões judiciais referentes à má conduta médica, negligência, imprudência ou imperícia, relativas à atos praticados por prestadores de serviços credenciados do plano.

**Art. 63** Os casos omissos ou não previstos neste Regulamento serão objeto de análise e decisão da Diretoria Executiva do ECONOMUS.

**Art. 64** O ECONOMUS poderá limitar ou cancelar a prestação dos serviços previstos neste Regulamento em conformidade com as instruções emitidas pelos órgãos reguladores.

**Art. 65** O presente Regulamento obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

**Art. 66** Fazem parte deste Regulamento quaisquer documentos entregues ao Titular que tratem de assuntos pertinentes aos planos de saúde.

**Art. 67** Fica eleito o foro do domicílio da Comarca do Titular para dirimir as eventuais questões decorrentes deste Regulamento.

**Art. 68** Este Regulamento entra em vigor na data da implantação definida pela Diretoria Executiva do ECONOMUS, que se dará após a aprovação pelos órgãos competentes e revoga as disposições anteriores.

São Paulo,      novembro de 2020.

## Glossário

### A

**Abrangência geográfica:** Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Beneficiário.

**Administradora de planos de saúde:** Empresa que administra planos de saúde, sem assumir o risco decorrente da operação desses planos, e que se priva de rede prestadora de serviço de saúde.

**Agência Nacional de Saúde Suplementar:** ANS. Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde

**Agravo de contraprestação pecuniária:** Acréscimo temporário no valor da mensalidade pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que o mesmo tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária. Qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o Beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o Beneficiário.

**Ajuste técnico de mensalidade pecuniária:** Aumento da mensalidade pecuniária para a correção do desequilíbrio na carteira de planos em que haja a excessiva utilização dos serviços oferecidos pela operadora que possa comprometer a liquidez e solvência desta, que é obrigada a manter o rol de serviços estipulados em regulamento.

**Área de atuação da operadora:** Remeter à Região de Comercialização.

**Área de abrangência do produto:** É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência nacional, estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

**Autogestão:** Modalidade na qual é classificada uma entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo Plano Privado de Assistência à Saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.

**Autorização de funcionamento de operadora:** Permissão emitida pela ANS às pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, seguradora especializada em saúde ou entidade de autogestão, devidamente registradas como operadoras de planos de saúde, para operação no setor de saúde suplementar.

**B**

**Beneficiário de Plano Privado de Assistência à Saúde:** Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em regulamento assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar.

**Beneficiário Dependente:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular

**Beneficiário Titular:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

**C**

**Cadastro de Beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde:** Conjunto organizado de dados sobre os Beneficiários de planos privados de assistência à saúde fornecidos pelas operadoras de planos privados de saúde registradas na ANS.

**Cadastro de Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde:** Sistema destinado à coleta de dados cadastrais das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

**Carência de plano privado de assistência à saúde:** Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do regulamento do plano de saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no regulamento.

**Central de Atendimento do Economus:** Canal de relacionamento do Economus para atendimento dos Participantes e Assistidos dos planos de previdência e dos Beneficiários dos planos de saúde operados pelo Economus, com vistas a recepcionar às dúvidas e/ou demandas sobre as regras de funcionamento dos produtos do Economus.

**Central de Relacionamento da ANS:** Canal de relacionamento da ANS com os componentes do mercado de saúde suplementar e público externo em geral, por meio do atendimento ativo e receptivo, de forma a realizar o recebimento, análise e encaminhamento de resposta às dúvidas e/ou demandas sobre as regras de funcionamento do setor, atuando, conforme a peculiaridade do caso, na solução prévia de conflitos.

**Cobertura assistencial hospitalar com obstetrícia:** Segmentação de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que garante a atenção ao parto, doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em regulamento.

**Cobertura e procedimentos garantidos:** É o conjunto de procedimentos a que o Beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no regulamento firmado com a operadora, conforme a segmentação

assistencial do plano contratado.

**Cobertura Parcial Temporária: CPT.** Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**Conselho de Saúde Suplementar: Consu.** Órgão colegiado com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. Coparticipação: Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo Beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

## D

**Declaração Pessoal de Saúde DPS:** É o formulário que acompanha o regulamento do plano de saúde e/ou a proposta de adesão, onde o Beneficiário ou seu representante legal informa as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

**Despesa assistencial:** Despesa resultante de toda e qualquer utilização, pelo Beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores de glosas e expresso em reais.

**Doença ou Lesão Preexistente: DLP.** Enfermidade ou patologia que o Beneficiário ou seu Representante Legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

## E

**Emergência:** Situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Exclusão de cobertura assistencial:** Situação na qual, de acordo com a legislação e o regulamento, procedimentos de saúde não são de cobertura obrigatória pela operadora.

## F

**Franquia:** Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo usuário diretamente ao prestador de serviço.

**Fundo Garantidor:** Fundo composto por títulos, valores mobiliários, e/ou imóveis registrados no balanço patrimonial das operadoras ou da entidade mantenedora de

autogestão, com objetivo de lastrear o total das provisões técnicas, e do excedente da dependência operacional, mediante sua vinculação à ANS.

## **G**

**Garantias Financeiras:** As garantias financeiras são um conjunto de exigências a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde para manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, minimizando os riscos de insolvência.

**Glosa:** É a recusa parcial ou total de uma fatura do prestador de serviços, pela operadora de plano de saúde, por considerar sua cobrança indevida, por erro ou omissão de alguma informação nas fichas de atendimento ou no pedido de pagamento.

**Grupo Familiar:** É o conjunto de Beneficiários, titulares e dependentes, inscritos no plano de assistência à saúde, observando o público definido nas condições de admissibilidade.

## **I**

**Impugnação ao ressarcimento ao SUS:** Petição por meio da qual uma operadora de plano de saúde pleiteia, em processo administrativo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), a anulação ou a retificação de identificação de atendimento pelo SUS a Beneficiário de plano de assistência à saúde, nos termos do Art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998.

**Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora:** IDSS. Medida de análise de desempenho que avalia a eficiência das operadoras de planos privados de plano de saúde.

**Índice de Desempenho Institucional:** IDI. Medida de análise de desempenho que avalia o grau de desempenho da Agência Nacional de Saúde Suplementar em produzir os processos que realizem sua missão institucional. É componente do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

## **M**

**Mecanismos de regulação:** Meios e recursos administrativos ou financeiros previstos em normativo legal, que podem ser utilizados pelas operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde. Têm a finalidade de controlar, regular a demanda ou a utilização pelos usuários dos serviços cobertos nos planos de saúde realizados pelas operadoras, expressos no regulamento.

**Mensalidade pecuniária de plano de saúde:** Denominação atribuída ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora, para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

**Modalidade de operadora:** Classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde de acordo com suas peculiaridades.

## N

**Nota técnica atuarial de provisão técnica: NTAP.** Documento elaborado por atuário, legalmente habilitado, na qual são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo da provisão técnica a que se refere.

**Nota técnica de registro de produtos: NTRP.** Documento elaborado por atuário, legalmente habilitado, na qual são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo da formação dos preços dos planos/produtos de assistência suplementar à saúde.

## O

**Operadora de plano privado de assistência à saúde:** Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.

## P

**Padrão de acomodação do plano:** É a acomodação do Beneficiário em leito instalado em apartamento individual para internação hospitalar.

**Participante de plano privado de assistência à saúde:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde.

**Plano coletivo:** Produto que compreende a assistência à saúde de contratação coletiva oferecidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde à massa populacional vinculada à uma pessoa jurídica por emprego, associação ou sindicato.

**Plano coletivo por adesão:** Produto que compreende a assistência à saúde de contratação coletiva oferecidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde à massa populacional vinculada à uma pessoa jurídica por emprego, associação ou sindicato que tem como característica a adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados.

**Plano hospitalar com obstetrícia:** Segmentação assistencial de plano de saúde que compreende a cobertura assistencial no segmento hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e a cobertura do recém-nascido bem como o direito de sua inclusão no plano sem cumprimento de carências.

**Plano privado de assistência à saúde:** Regulamento de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecidos, por prazo indeterminado, e com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

**Política de Qualificação da Saúde Suplementar:** Conjunto de princípios e diretrizes que norteiam uma nova perspectiva de regulação do setor de saúde suplementar com ênfase na qualificação de todos os atores envolvidos - operadoras, prestadores, Beneficiários e

órgão regulador - de modo a qualificar o funcionamento do setor.

**Preço pré-estabelecido:** É quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

**Prestador de serviços credenciado:** Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora para oferecer o cuidado aos Beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e habilitação.

**Produto:** Plano privado de assistência à saúde.

**Provisões Técnicas:** Montante a ser contabilizado em contas do balanço patrimonial da operadora, com o objetivo de dimensionar as suas obrigações futuras decorrentes de riscos ocorridos ou não, possibilitando a avaliação adequada das suas responsabilidades, previstas nas normas aplicáveis.

## R

**Reajuste:** O reajuste por variação de custos/inflação de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do Beneficiário.

**Recuperação de despesa assistencial:** Valor total, expresso em reais, das despesas assistenciais recuperadas pela operadora em função de coparticipação dos Beneficiários e seguro, cosseguro ou resseguro contratados com sociedades seguradoras ou resseguradoras.

**Recursos Próprios Mínimos:** Denominação dada às regras de exigência de Patrimônio que deverão ser observadas a qualquer tempo pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

**Rede credenciada:** É o conjunto de prestadores de serviços de saúde, pessoa física ou jurídica, contratados pelo plano de assistência à saúde, com o propósito de prestar atendimento aos Beneficiários inscrito no plano.

**Reembolso de despesa assistencial:** Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo Beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no regulamento do plano.

**Regime de contratação:** Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.

**Registro de operadora de plano privado de assistência à saúde:** Autorização concedida a pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, seguradora especializada em saúde ou entidade de autogestão para operação no setor de saúde suplementar como Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde.



**Registro de plano privado de assistência à saúde:** Autorização concedida pela ANS aos planos privados de assistência à saúde que atendam às exigências estabelecidas por disposição legal específica para comercialização pelas operadoras registradas na ANS.

**Registro de produto:** Registro de plano privado de assistência à saúde.

**Regulamento de plano de saúde adaptado:** Instrumento Juridicamente firmado antes de 2/1/1999 para garantia de assistência à saúde e, posteriormente, adequado às regras da Lei nº 9.656/98 por meio de aditivo contratual.

**Regulamento de plano de saúde antigo:** Instrumento Juridicamente celebrado anteriormente à Lei n.º 9.656/98.

**Regulamento de plano privado de assistência à saúde:** Instrumento Jurídico que registra o acordo firmado entre uma pessoa física ou jurídica com uma operadora de plano privado, para garantir a assistência à saúde.

**Ressarcimento ao SUS:** Processo realizado de acordo com as disposições legais que tem como objetivo promover o ressarcimento, pelas operadoras, dos serviços de atendimento à saúde, previstos nos respectivos regulamentos, prestados a seus Beneficiários e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS.

**Revisão técnica de produto:** Correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência à saúde, que em princípio fogem a normalidade, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do regulamento.

**Rol de procedimentos e eventos em saúde:** Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida pelas operadoras de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde contratado.

## S

**Saúde suplementar:** No âmbito das atribuições da ANS, refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência a saúde sob regulação do poder público.

**Segmentação assistencial:** Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é caracterizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.

**Sinistro:** Despesa Assistencial. Ver Despesa Assistencial.

**SIP:** Sistema de Informação dos Produtos.

## T

**Taxa de Saúde Suplementar:** TSS. Tributo cuja obrigação tem por fato gerador o

exercício do poder de polícia regularmente atribuído à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme Art. 18 da Lei nº 9.961/2000. Ela representa uma das principais fontes de receita da ANS, garantindo sua autonomia financeira.

**Termo de garantia financeira:** Instrumento por meio do qual o mantenedor obriga-se a garantir os riscos decorrentes da operação de uma autogestão.

**Tabela Padrão Economus: TPE.** Tabela desenvolvida pelo ECONOMUS com o propósito de agrupar as informações mais relevantes em um único lugar, visando a otimização operacional e transparência na condução dos processos da assistência à saúde.

**Troca de Informação em Saúde Suplementar: TISS.** Padrão para a troca de informação entre operadoras de plano privado e prestadores sobre o atendimento prestado aos Beneficiários.

## **U**

**Usuário de Plano Privado de Assistência à Saúde:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde.

## **V**

**Vida:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde.