

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO SISTEMA FINANCEIRO BANESTES – BANESCAIXA

Plano BANESCAIXA FAMILIAR

REGULAMENTO

Plano BANESCAIXA FAMILIAR**SUMÁRIO**

CAPÍTULO I	Características Gerais	Arts. 1º ao 2º
CAPÍTULO II	Atributos do Contrato	Arts. 3º ao 5º
CAPÍTULO III	Condições de Admissão	Arts. 6º ao 11
CAPÍTULO IV	Cobertura e Procedimentos Garantidos.....	Arts. 12 ao 19
CAPÍTULO V	Exclusões de Cobertura	Art. 20
CAPÍTULO VI	Duração do Contrato.....	Arts. 21 ao 23
CAPÍTULO VII	Períodos de Carência.....	Arts. 24 ao 27
CAPÍTULO VIII	Doenças e Lesões Preexistentes.....	Art. 28
CAPÍTULO IX	Atendimento de Urgência e Emergência	Arts. 29 ao 35
CAPÍTULO X	Acesso a Livre Escolha de Prestadores.....	Arts. 36 ao 40
CAPÍTULO XI	Mecanismos de Regulação	Arts. 41 ao 63
CAPÍTULO XII	Formação do Preço e Mensalidade	Arts. 64 ao 70
CAPÍTULO XIII	Reajuste.....	Arts. 71 ao 75
CAPÍTULO XIV	Faixas Etárias	Arts. 76 ao 78
CAPÍTULO XV	Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário.....	Arts. 79 ao 82
CAPÍTULO XVI	Rescisão/Suspensão	Art. 83
CAPÍTULO XVII	Cobertura e/ou Serviço Adicional	Arts. 84 ao 86
CAPÍTULO XVIII	Disposições Gerais	Arts. 87 ao 89
CAPÍTULO XIX	Eleição de Foro	Art. 90

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GERAIS

- Art. 1º O presente Regulamento do Plano BANESCAIXA FAMILIAR define normas, critérios e condições de assistência à saúde aos beneficiários inscritos, conforme definido no Estatuto da Caixa de Assistência dos Empregados do Sistema Financeiro Banestes – BANESCAIXA, operadora de plano de saúde na modalidade de autogestão patrocinada, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº. 28.502.128/0001-72 e registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº. 34.333-1, com sede administrativa na Avenida Princesa Isabel, 574, bloco A, Edifício Palas Center, 10º andar, salas 1001 a 1008, Centro, Cidade de Vitória, estado do Espírito Santo, CEP 29010-931.
- Art. 2º O Plano BANESCAIXA FAMILIAR encontra-se regularmente registrado no órgão regulador - ANS sob o nº. 484.340/19-1, com tipo de contratação como coletivo por adesão, cuja área geográfica de abrangência e atuação é o Estado do Espírito Santo. Contempla a assistência à saúde no conjunto dos segmentos assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, no padrão de acomodação individual em regime de internação. A formação do preço é pré-estabelecida, bem como concede cobertura adicional conforme prevê o capítulo XVIII deste regulamento.

CAPÍTULO II

ATRIBUTOS DO CONTRATO

- Art. 3º Tem por finalidade garantir a prestação continuada de serviços de assistência à saúde aos beneficiários inscritos, conforme define o Estatuto, por prazo indeterminado, através da ampla rede credenciada, composta por médicos, clínicas, serviços auxiliares diagnósticos/terapias e entidades hospitalares, em consonância com a Lei 9.656/98.
- Art. 4º Visa à assistência médico-hospitalar, a prevenção da doença, a recuperação e a manutenção da saúde, abrangida pela cobertura descrita no Rol de Procedimentos Médicos editado pela ANS, vigente à época do evento, e todas as doenças contidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.
- Art. 5º Por este regulamento versar diretrizes de plano de assistência à saúde, o presente comporta características de contrato de adesão, sendo estas a onerosidade e a aleatoriedade. Portanto, geram direitos e obrigações para ambas as partes, ou seja, de forma bilateral, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CAPÍTULO III

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- Art. 6º Poderão usufruir dos benefícios de assistência à saúde, proporcionada pela BANESCAIXA, conforme previsto neste regulamento, os participantes inscritos, assim definidos os seguintes grupos familiares dos associados da BANESCAIXA:
- I. filhos e enteados não enquadrados na condição de dependentes;

- II. pais e sogros do associado;
- III. irmãos, tios, sobrinhos, netos e bisnetos (tanto do associado quanto do seu cônjuge ou companheiro).

§ 1º Entende-se como associado o empregado, ex-empregado e aposentado que comprovem ter ou ter tido vínculo empregatício e/ou estatutário com uma das patrocinadoras da BANESCAIXA.

§ 2º Também é assegurada à condição de participante, se inscrito neste plano, cônjuge ou companheiro de qualquer uma das pessoas relacionadas no caput deste artigo.

§ 3º Os participantes inscritos conforme disposto no caput deste artigo estarão vinculados à BANESCAIXA e serão classificados como beneficiários, sendo as correspondentes coberturas assistenciais definidas neste regulamento.

§ 4º Não poderá ser beneficiário deste plano qualquer pessoa que reúna as condições previstas no Estatuto para inscrição como associado.

§ 5º O falecimento do associado não impedirá a inscrição de qualquer pessoa referida no caput e parágrafo 1º deste artigo, exceto pais e tios do associado falecido e do seu cônjuge ou companheiro.

Art. 7º Para inscrição de companheiro, sem eventual concorrência com o cônjuge, prevalecem os seguintes critérios:

- I. Ter comprovadamente, Participante e companheiro, 3 (três) anos de vida em comum, no mínimo, exceto impedimentos prescritos em lei, desde que a dependência do companheiro não concorra simultaneamente com a do cônjuge, ex-cônjuge ou ex-companheiro do Participante;
- II. Além dos documentos relacionados no artigo 9º deste Regulamento, deverão ser apresentados para efeito de comprovação da convivência pública, contínua, duradoura e dependência econômica, no mínimo, 3 (três) dos seguintes documentos, dentro do lapso temporal previsto no inciso I, contínuo, contados da data do pedido de inclusão na Banescaixa:
 - a. certidão de nascimento de filho havido em comum;
 - b. certidão de casamento religioso;
 - c. declaração de imposto de renda pessoa física - IRPF do Participante, em que conste o companheiro como seu dependente;
 - d. disposições testamentárias em favor do companheiro;
 - e. contrato de União Estável, celebrado por escritura pública;
 - f. prova de mesmo domicílio;
 - g. prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade e/ou comunhão nos atos da vida civil;
 - h. procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
 - i. conta bancária conjunta;
 - j. registro em associação de classe, onde conste o interessado como dependente do Participante;

- k. anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- l. apólice de seguro da qual conste o Participante como instituidor do seguro e o companheiro como seu beneficiário;
- m. escritura de compra e venda de imóvel em conjunto, Participante e companheiro.

III. Os documentos relacionados nas alíneas "a", "c" e "e" do inciso II constituem, por si só, prova bastante e suficiente.

Art. 8º O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário participante, terá assegurada inscrição como beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença, lesão pré-existente, aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

Art. 9º Para inscrição como beneficiário no Plano BANESCAIXA FAMILIAR, a pessoa interessada deverá encaminhar a solicitação de adesão e a declaração de saúde devidamente preenchidas, acompanhadas de cópias de documento de identificação legalmente admitidos, CPF, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de residência, certidão de nascimento e/ou de casamento.

Art. 10 A inscrição implica a aceitação plena do Estatuto e deste regulamento, inclusive quanto ao desconto ou cobrança das contribuições e coparticipações financeiras no uso dos benefícios.

Art. 11 Será permitido o reingresso na BANESCAIXA se não existir vedação legal ou regulamentar expressa.

§ 1º Na hipótese de reingresso, o beneficiário estará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

§ 2º Não configurará reingresso do beneficiário na BANESCAIXA quando este tiver alterada sua condição de associado, dependente ou participante.

§ 3º Poderá o beneficiário ingressar na BANESCAIXA, no máximo 3 (três) vezes, desde que seja observado o prazo de 12 (doze) meses entre a data do pedido de ingresso e a data de sua última exclusão, bem como não existam pendências financeiras (mensalidade e despesas com coparticipação), em um dos planos de benefícios administrados pela BANESCAIXA.

CAPÍTULO IV

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12 Respeitados os prazos de carência, a BANESCAIXA compromete-se a prestar aos beneficiários a assistência à saúde continuada, através da livre escolha de profissionais/estabelecimentos constantes da rede credenciada ou por conta e ordem do beneficiário, mediante reembolso dentro dos limites e normas estabelecidas neste regulamento.

Art. 13 A cobertura assistencial prestada pela BANESCAIXA, compreende os procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado pela ANS, vigente à época do evento com cobertura para todas as doenças classificadas no CID-10 e às especialidades do Conselho Federal de Medicina.

Art. 14 Terão cobertura ambulatorial assegurada pela BANESCAIXA:

- I. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.
- II. 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.
- III. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.
- IV. Consultas médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- V. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e as Diretrizes de Utilização (DUT) vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- VI. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
- VII. 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.
- VIII. Sessões de psicoterapia que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado.
- IX. atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - a. atividades educacionais;
 - b. consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - c. atendimento clínico;
 - d. sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - e. implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo, sendo que o período para nova aquisição não poderá ser inferior a 5 (cinco) anos da última aquisição.
- X. Procedimentos Considerados Especiais:
 - a. Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD;
 - b. Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
 - c. Radioterapia ambulatorial e hospitalar;
 - d. Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
 - e. Hemoterapia Ambulatorial;

f. Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

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

Art. 15 Terão cobertura psiquiátrica ambulatorial assegurada pela BANESCAIXA:

- I. o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- II. a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, sendo limitado a 40 sessões por ano, não cumulativas;
- III. o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- IV. 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;
- V. 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.

Art. 16 A BANESCAIXA cobrirá pelo menos 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em clínicas especializadas para tratamento específico da dependência química, fora das situações de risco de vida.

Parágrafo único - Em caso de interrupção do tratamento ou reincidência, não haverá nova cobertura da BANESCAIXA.

Art. 17 A BANESCAIXA disponibiliza as seguintes coberturas relativas à internação hospitalar:

- I. 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.
- II. A cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica;
- III. A cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

- IV. A cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- V. A cobertura de 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;
- VI. A cobertura das despesas com taxas, materiais e medicamentos utilizados;
- VII. A cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
- VIII. A cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente 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;
- IX. A 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 e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- X. A cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar:
 - a. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/08;
 - c. radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d. hemoterapia;
 - e. nutrição parenteral ou enteral;
 - f. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- g. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h. radiologia intervencionista;
- i. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j. procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

- XI. A cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII. A cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII. A cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIV. A cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;
- XV. A cobertura de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

Art. 18 A BANESCAIXA disponibiliza as seguintes coberturas relativas à internação psiquiátrica:

- I. o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- II. o custeio integral de internação em hospital geral para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- III. a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- IV. a cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- V. para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Art. 19 A BANESCAIXA disponibiliza as seguintes coberturas relativas à internação obstétrica:

- I. Assistência ao parto, ao pós-parto à beneficiária participante e em UTI neonatal, o recém-nascido.
- II. Compreende o parto normal, operações de cesareana, despesas de berçário, curetagem e abortamentos exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente, do feto ou do sofrimento intenso materno-fetal, desde que observados os princípios da deontologia médica.
- III. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.
- IV. Um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- V. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário participante, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesões pré-existentes ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

CAPÍTULO V

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 20 Estão excluídos da cobertura do Plano BANESCAIXA FAMILIAR os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes dos seguintes casos:

- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da BANESCAIXA e sem atendimento às condições previstas no regulamento.
- II. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, fraldas descartáveis, frutas, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos, despesas de caráter pessoal ou particular tanto do paciente quanto do acompanhante.
- III. Despesas de hospital, após a alta dada pelo médico assistente.
- IV. Enfermagem em caráter particular, tanto para hospital quanto para domicílio.
- V. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares.
- VI. Avaliações pedagógicas.
- VII. Orientações vocacionais.
- VIII. Exames admissionais.
- IX. Atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela BANESCAIXA em substituição à internação hospitalar.
- X. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais.
- XI. Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos.
- XII. Inseminação artificial.
- XIII. Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

- XIV. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos.
- XV. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.
- XVI. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.
- XVII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- XVIII. Assistência médica nos casos de cataclismos, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- XIX. Asilamento de idosos.
- XX. 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.
- XXI. Fornecimentos de medicamentos e/ou vacinas importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA.
- XXII. Aplicação de vacinas, exceto as vacinas anti-alérgicas, pneumo 23, haemophilus B e anti-gripal.
- XXIII. Despesas de acompanhantes, exceto:
 - a. acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) anos.
 - b. acomodação e alimentação, conforme indicação do médico, cirurgião dentista assistente e/ou legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências.
 - c. despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- XXIV. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências.
- XXV. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento.
- XXVI. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.
- XXVII. Plástica mamária corretiva decorrente de hipertrofia, hipotrofia e agenesia.
- XXVIII. Tratamento dentário e aparelhos odontológicos.
- XXIX. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano.
- XXX. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo único - As parcelas relativas aos valores de tratamentos e outras despesas não passíveis de cobertura correrão por conta do Participante quando este fizer uso desses serviços.

CAPÍTULO VI

DURAÇÃO DO CONTRATO

- Art. 21 A vigência inicial deste contrato é de 12 (doze) meses, com o início na data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.
- Art. 22 O ingresso do beneficiário no Plano BANESCAIXA FAMILIAR ocorrerá a partir da aceitação da proposta de adesão e pagamento da mensalidade inicial e implica a aceitação plena do seu Estatuto e desse Regulamento, inclusive quanto ao desconto ou cobrança das contribuições e coparticipações financeiras devidas e previstas por ocasião da utilização dos benefícios.
- Art. 23 O presente convênio terá renovação automática, na data do seu aniversário, ou seja, no mês de janeiro de cada ano, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada a incidência de qualquer período adicional de carência.

CAPÍTULO VII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

- Art. 24 Os beneficiários inscritos deverão cumprir as seguintes carências:
- I. 24 (vinte e quatro) horas para urgências e emergências.
 - II. 30 (trinta) dias para consultas, exames laboratoriais, radiografias sem contraste, eletrocardiogramas, eletroencefalogramas, excluídos aqueles realizados em regime domiciliar.
 - III. 300 (trezentos) dias para parto a termo.
 - IV. 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos.
- Art. 25 A contagem do período de carência começará a partir da aceitação da proposta de adesão e pagamento da mensalidade inicial.
- Art. 26 No caso de suspensão temporária e desde que tenha contribuído para o Plano BANESCAIXA FAMILIAR durante o período de suspensão, o Participante estará isento de carência.
- Art. 27 Não será exigido o cumprimento de carências se a inscrição do beneficiário ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato ou se o beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo mencionado e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

CAPÍTULO VIII

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

- Art. 28 Não haverá alegação de doenças e lesões pré-existentes no Plano BANESCAIXA FAMILIAR.

CAPÍTULO IX

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Art. 29 Nos termos da legislação aplicável a este Plano, consideram-se casos de:
- I. urgência, a ocorrência de agravo à saúde, cujo portador necessite de assistência médica imediata, nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
 - II. emergência, a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico imediato.
- Parágrafo único - Nos casos de urgência ou emergência a cobertura assegurada pelo Plano rege-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, desde a admissão do paciente até a alta hospitalar.
- Art. 30 A BANESCAIXA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.
- Art. 31 Cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- Art. 32 A cobertura nos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados as primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência.
- Art. 33 A cobertura de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.
- Art. 34 O plano garantirá ainda:
- I. remoção para unidade de atendimento da rede credenciada, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, desde que o beneficiário já tenha cumprido o período de carência.
 - II. remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, em caso do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação, observadas as seguintes regras:
- § 1º quando não for possível a remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a BANESCAIXA, desse ônus;
- § 2º caberá à BANESCAIXA 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;
- § 3º na remoção, a BANESCAIXA cobrirá despesas de ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

§ 4º quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º, a BANESCAIXA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo único - A remoção somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após autorização do médico assistente.

Art. 35 A remoção do beneficiário que já tenha cumprido o período de carência para uma unidade de atendimento da rede credenciada, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, ocorrerá nos seguintes casos:

- I. quando a entidade hospitalar estiver localizada dentro da área de atuação do Plano:
 - a. de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) para hospital credenciado;
 - b. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado, não credenciado, para hospital credenciado;
 - c. de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado, pertencente à rede credenciada, para outro hospital credenciado, apenas quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem.
- II. quando a entidade hospitalar estiver localizada fora da área de atuação do Plano:
 - a. de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou privado, não pertencente à rede credenciada, para hospital credenciado, apenas no caso de que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do Plano e tenha ocorrido indisponibilidade ou inexistência de prestador.

CAPÍTULO X

ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 36 Não há livre escolha de prestadores, pois o sistema adotado para concessão de benefícios baseia-se na livre escolha dirigida, através de credenciamento de profissionais de saúde, hospitais, casas de saúde, laboratórios e entidades especializadas, na forma e condições definidas no Estatuto e neste Regulamento.

Art. 37 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos da cobertura contratual sempre que não houver rede credenciada ou disponível para atendimento, se considerar procedentes os comprovantes apresentados, nas condições abaixo apresentadas:

- I. cobertura de até 100% (cem por cento) das despesas comprovadas em atendimentos ambulatorial de urgência ou emergência, terapia renal substitutiva,

radioterapia, quimioterapia, hemoterapia e hemodinâmica limitada a 4 (quatro) vezes o valor praticado pela BANESCAIXA.

- II. cobertura de até 100% (cem por cento) das despesas comprovadas em atendimentos com internação de urgência ou emergência, internação clínica e/ou cirúrgica limitada a 4 (quatro) vezes o valor praticado pela BANESCAIXA.
- III. cobertura de até 50% (cinquenta por cento) das despesas comprovadas em consultas médicas, exames complementares, tratamentos especializados, vacinas (vacinas anti-alérgicas, pneumo 23, haemophilus B e anti-gripal) e tratamentos cirúrgicos eletivos ambulatoriais, limitada a 4 (quatro) vezes o valor praticado pela BANESCAIXA.

Art. 38 A solicitação de reembolso deverá ser feita através de formulário próprio em nome do beneficiário, devidamente acompanhado de recibo (se pessoa física) ou da nota fiscal (se pessoa jurídica), discriminando os serviços prestados.

- I. Na internação, a nota fiscal deve discriminar as quantidades e os valores de diárias, dos honorários médicos, das taxas, dos materiais (inclusive OPME) e dos medicamentos utilizados, anexando o laudo médico contendo o diagnóstico detalhado.
- II. No tratamento seriado, a nota fiscal ou recibo deverá conter as datas em que as sessões foram realizadas.
- III. No exame complementar, além dos documentos relacionados no caput, deverá ser anexado o pedido médico.
- IV. No procedimento especializado, além dos documentos relacionados no caput, deverá ser anexado o laudo médico contendo o diagnóstico detalhado.
- V. No reembolso de despesas oriundas da aquisição de aparelhos e objetos com finalidades médicas (órgãos, próteses e material especial), além dos documentos relacionados no caput, deverá ser anexado o laudo médico fundamentado e 03 (três) orçamentos, podendo a BANESCAIXA, para uma avaliação mais consistente, realizar perícia médica. A efetivação do pagamento do reembolso ocorrerá mediante apresentação da nota fiscal do orçamento deferido pela BANESCAIXA, se atendidas as condições estabelecidas no Artigo 83.
- VI. O prazo de prescrição para o beneficiário solicitar o reembolso é de 01 (um) ano.

Art. 39 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa.

Art. 40 Os pedidos de reembolsos que não atenderem ao disposto neste Regulamento serão devolvidos aos Participantes.

CAPÍTULO XI

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Art. 41 É reservado à BANESCAIXA o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissionais, sob a égide da Lei 9.656/1998 e quaisquer outras regulamentações pertinentes.

Art. 42 Este Plano possui coparticipação, que é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à BANESCAIXA, posteriormente à utilização dos seguintes serviços:

- I. Consulta: 30%
- II. Exame básico de apoio diagnóstico: 30%
- III. Fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional, acupuntura e escleroterapia: 30%
- IV. Tratamento clínico ambulatorial: 30%
- V. Tratamento cirúrgico ambulatorial: 30%
- VI. Pronto Socorro: 30%, exceto para o atendimento que evoluir para internação hospitalar.

§ 1º Em consultas e exames básicos de apoio diagnóstico em regime domiciliar, a coparticipação financeira do beneficiário será de 30%.

§ 2º O custo dos procedimentos de terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, hemoterapia e hemodinâmica será coberto integralmente pela BANESCAIXA.

§ 3º O valor de coparticipação financeira do mesmo procedimento seriado realizado dentro do mês fica limitado a 02 (duas) vezes o limite previsto no "ANEXO – TABELAS, item II – Limite de Coparticipação Financeira por Procedimento". O valor excedente será coberto integralmente pela Banescaixa.

§ 4º Nas despesas originadas de dispositivo intra-uterino (DIU), a coparticipação financeira do beneficiário será de 50%, observando que o período para nova aquisição não poderá ser inferior a 5 (cinco) anos da última aquisição.

§ 5º Nas despesas com vacinas anti-alérgicas, pneumo 23, haemophilus B e anti-gripal, a coparticipação financeira do beneficiário será de 50%.

Art. 43 Os procedimentos de fonoaudiologia, psicoterapia, terapia ocupacional e escleroterapia obedecerão os seguintes limites, por beneficiário:

- I. Fonoaudiologia: 8 sessões/mês
- II. Psicoterapia: 40 sessões/ano
- III. Terapia ocupacional: 12 sessões/ano
- IV. Escleroterapia: 12 sessões/ano

Art. 44 A habilitação do beneficiário no exercício do seu direito de uso em toda a rede de prestadores, durante a vigência do regulamento, ocorrerá com a apresentação do seu cartão individual de identificação, expedido pela BANESCAIXA, acompanhado da sua carteira de identidade, desde que cumpridas às carências, exceto nos casos de urgência/emergência.

§ 1º Eventual extravio do cartão de identificação deverá ser imediatamente comunicado, pelo Participante, à BANESCAIXA.

§ 2º Na emissão de outra via de cartão de identificação extraviado, excluído o extravio por remessa, a BANESCAIXA debitará ao Participante o valor previsto em norma específica da entidade, respeitadas as disposições legais pertinentes.

- Art. 45 Das divergências de natureza médica relacionadas com os serviços objeto deste regulamento serão dirimidas por uma junta médica composta por 3 (três) profissionais: um nomeado pela BANESCAIXA, outro pelo BENEFICIÁRIO e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois profissionais. Caso não haja acordo quanto ao médico desempatador, este será designado pela associação representativa de médicos, sendo os honorários deste assumidos pela BANESCAIXA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.
- Art. 46 A BANESCAIXA poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexistência ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.
- Art. 47 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos serão solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não pertencentes à rede credenciada da BANESCAIXA, todavia, sua realização será obrigatoriamente realizada na rede credenciada.
- Art. 48 É imprescindível autorização prévia para todos e quaisquer procedimentos, exceto para consultas, radiografias sem contraste, eletrocardiograma, eletroencefalograma, exames laboratoriais, fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, acupuntura, escleroterapia e os atendimentos em casos de urgência e emergência, sendo garantido pela BANESCAIXA o tempo de resposta ao pedido de tratamento no prazo máximo de 1 (um) dia útil.
- Art. 49 Os beneficiários realizarão os exames complementares mediante solicitação médica através da rede credenciada, responsável pela solicitação da autorização prévia à BANESCAIXA.
- Art. 50 Os beneficiários escolherão médico ou instituição credenciada para realização de tratamento médico especializado (procedimento clínico e/ou cirúrgico), de caráter eletivo, cuja autorização deverá ser solicitada diretamente à BANESCAIXA acompanhada da solicitação médica contendo a indicação precisa, incluindo os exames complementares que conduziram ao diagnóstico.
- Art. 51 Para procedimento que requeira compra de órtese, prótese ou material especial (OPME), a solicitação deverá ser encaminhada à BANESCAIXA com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis da data prevista para o evento.
- Art. 52 Os beneficiários terão direito a internar-se nas clínicas e hospitais credenciados, em apartamento individual, com banheiro conjugado, acomodação para acompanhante, podendo conter ar condicionado e geladeira.
- Art. 53 A autorização de internação para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de caráter eletivo será emitida pela BANESCAIXA após a análise da solicitação médica contendo a indicação precisa da internação, incluindo os exames complementares que conduziram ao diagnóstico.
- Art. 54 A internação para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de caráter eletivo somente se efetivará mediante autorização prévia da BANESCAIXA.
- § 1º A internação deverá ser solicitada diretamente à BANESCAIXA com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.
- § 2º Nos casos de urgência ou emergência, a internação poderá ser imediata, devendo o Beneficiário ou, se impossibilitado, pessoa que o represente, comunicar-se com a BANESCAIXA no primeiro dia útil após a internação para emissão da autorização.

- Art. 55 Havendo necessidade de prorrogação da internação, o médico assistente emitirá solicitação a ser apresentada à BANESCAIXA, com antecedência de 24 (vinte e quatro) horas do término do período já autorizado, para concessão de nova autorização.
- Art. 56 Em regime de internação, a BANESCAIXA assume a cobertura de 100% (cem por cento) de todas as despesas hospitalares, clínicas ou cirúrgicas relacionadas às coberturas previstas neste Plano.
- Art. 57 A BANESCAIXA cobre internação em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização por risco de vida.
- Art. 58 A BANESCAIXA cobre internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crise.
- Art. 59 A BANESCAIXA disponibiliza para portadores de transtornos psiquiátricos 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia, após a internação psiquiátrica.
- Art. 60 Para os distúrbios do comportamento causados por alterações neurológicas ou alterações do metabolismo, não haverá limite de cobertura para assistência médica ambulatorial ou hospitalar.
- Art. 61 A BANESCAIXA cobrirá os primeiros 30 (trinta) dias de internação em clínicas credenciadas, para tratamento específico da dependência química, fora das situações de risco de vida.
- § 1º Em caso de interrupção do tratamento ou reincidência, não haverá nova cobertura da BANESCAIXA.
- § 2º Caso a internação ultrapasse 30 (trinta) dias, o excedente do prazo será custeado pela BANESCAIXA com coparticipação de 50% do beneficiário.
- Art. 62 É facultada à BANESCAIXA a substituição de entidade hospitalar desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à 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.
- § 1º Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da BANESCAIXA durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento hospitalar obriga-se a manter a internação e a BANESCAIXA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do regulamento.
- § 2º Excetua-se do previsto no item anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a BANESCAIXA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.
- § 3º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a BANESCAIXA deverá solicitar à ANS autorização expressa.
- Art. 63 A BANESCAIXA poderá a qualquer momento, durante a vigência deste regulamento, adotar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários, de livre adesão, sem a cobrança de pagamento ou taxas.

CAPÍTULO XII

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- Art. 64 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.
- Art. 65 O Participante obriga-se a pagar à BANESCAIXA, em pré-pagamento, a mensalidade composta pela contribuição definida neste regulamento, conforme tabela por faixa etária, e a coparticipação financeira.
- Art. 66 Ocorrendo impontualidade da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além da multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.
- Art. 67 A BANESCAIXA não fará distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Plano e aqueles a este já vinculados.
- Art. 68 O custeio da assistência à saúde prestada aos beneficiários do Plano BANESCAIXA FAMILIAR será atendido por:
- I. contribuições mensais dos Participantes, arrecadadas mediante cobrança bancária, se outra forma de pagamento não estiver estabelecida, conforme tabela constante do ANEXO – TABELAS, item I - Contribuição Participantes, parte integrante deste Regulamento;
 - II. coparticipação financeira dos Participantes na utilização dos benefícios, na forma prevista neste Regulamento;
 - III. aplicação das reservas e disponibilidades;
 - IV. outras fontes de receita.

Parágrafo único - O beneficiário inscrito neste Plano, após 31.12.2003, terá sua contribuição mensal estabelecida com base na tabela "B", constante da tabela especificada no inciso I. Tratando-se de Participante inscrito até aquela data, poderá ele, opcionalmente, determinar a utilização da mesma tabela, não lhe sendo permitido, entretanto, reverter tal decisão no futuro.

- Art. 69 Em face das características de plano auto-sustentável, a tabela de contribuições poderá sujeitar-se à revisão se o nível de sinistralidade identificado em estudo atuarial se mostrar incompatível com as premissas que determinaram sua elaboração, respeitadas as normas legais e determinações do órgão governamental competente.
- Art. 70 O custeio administrativo deste Plano corresponderá ao resultado da multiplicação do montante das despesas administrativas da BANESCAIXA pela razão existente entre o número de beneficiários vinculados ao Plano e o número global de beneficiários registrados na BANESCAIXA.

CAPÍTULO XIII

REAJUSTE

- Art. 71 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do INPC-IBGE. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência

de 2 (dois) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

§ 1º Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

§ 2º O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 85% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos do exercício anterior à data-base de aniversário.

§ 3º Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = S/Sm - 1$$

onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses) e Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

§ 4º Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste de acordo com a variação do INPC-IBGE e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

§ 5º Na hipótese de descontinuidade do índice INPC-IBGE, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

- Art. 72 Os valores de contribuição não sofrerão reajustes em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98 ou migração para outro Plano de Benefícios.
- Art. 73 Independentemente da data de inclusão do beneficiário, o valor de sua contribuição terá reajuste na data-base única.
- Art. 74 Não haverá aplicação de reajuste diferenciado entre os beneficiários do Plano.
- Art. 75 Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CAPÍTULO XIV

FAIXAS ETÁRIAS

- Art. 76 A contribuição mensal dos Participantes inscritos antes de 01/01/2004 será estabelecida de acordo com as seguintes variações de faixas etárias:
- I. 0 (zero) a 17 (dezessete) anos;
 - II. 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos;
 - III. 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos;
 - IV. 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos;
 - V. 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos;
 - VI. 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos;

VII. 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Parágrafo único - O valor fixado para a última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, bem como a variação do valor da contraprestação pecuniária não atingirá o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade que participa do plano há mais de 10 (dez) anos.

Art. 77 A contribuição mensal dos Participantes inscritos a partir de 01/01/2004 será estabelecida de acordo com as seguintes variações de faixas etárias:

- I. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X. 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais.

Parágrafo único - O valor fixado para a última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, bem como a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não será superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 78 A variação do valor da contribuição em razão da faixa etária somente incidirá quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

CAPÍTULO XV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 79 Perderá a condição de beneficiário o Participante que atrasar o pagamento de contribuição mensal ou de coparticipação financeira devida pelo uso de benefícios por período igual ou superior a 2 (dois) meses consecutivos, desde que tenha sido comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Art. 80 Quando os Beneficiários cometerem faltas consideradas relevantes, de acordo com sua gravidade e observadas as disposições legais pertinentes, a Administração da BANESCAIXA poderá aplicar ao Beneficiário as seguintes penalidades:

- I. suspensão de 1 (um) a 12 (doze) meses na utilização dos benefícios, mantendo inalteradas as contribuições;
- II. exclusão do quadro de Beneficiários.

Art. 81 São faltas passíveis de aplicação de penalidades:

- I. quaisquer atos que causem danos morais e/ou materiais à BANESCAIXA;

- II. o descumprimento do Estatuto, do Regulamento do respectivo plano de benefícios e das decisões da Administração da BANESCAIXA, por parte dos Beneficiários, naquilo que lhes couber;
- III.a obtenção ou tentativa de obtenção de benefícios por meios ilícitos;
- IV. ceder a terceiros, sob qualquer pretexto, o direito de uso da rede credenciada da BANESCAIXA.

Art. 82 Quando o Beneficiário punido julgar injusta ou improcedente a pena a ele aplicada, poderá pleitear revisão através de correspondência dirigida ao Conselho Deliberativo, expondo suas razões e, se for o caso, anexando provas, desde que o faça no prazo de 10 (dez) dias contado da data em que tenha sido notificado.

§ 1º Recebido o pedido de revisão, o Conselho Deliberativo o acolherá para seu exame e pronunciamento definitivo, no prazo de 30 (trinta) dias, à luz das normas da BANESCAIXA e disposições legais em vigor.

§ 2º Quando o Participante entrar com pedido de revisão, a pena aplicada ficará automaticamente suspensa até decisão final do Conselho Deliberativo.

CAPÍTULO XVI

RESCISÃO / SUSPENSÃO

Art. 83 O Plano poderá ser extinto por decisão da competente instância decisória, conforme definido no Estatuto.

CAPÍTULO XVII

COBERTURA E/OU SERVIÇO ADICIONAL

Art. 84 A BANESCAIXA concederá cobertura de 50% (cinquenta por cento) das despesas oriundas da aquisição de aparelhos e objetos com finalidade médica não vinculados a ato cirúrgico (órgãos, próteses e materiais especiais), julgados imprescindíveis à reparação de função afetada por lesões ou obrigatoriamente preconizados pelo órgão regulador.

§ 1º O pedido de órteses e próteses, bem como materiais especiais, deve ser fundamentado em laudo médico, justificando a indicação do tratamento. A critério da BANESCAIXA, para uma avaliação mais consistente, poderá ser realizada perícia médica.

§ 2º Em se tratando da aquisição de órteses, próteses e materiais especiais para a mesma finalidade médica deverá ser observado o prazo mínimo de 4 (quatro) anos da última aquisição.

Art. 85 A BANESCAIXA proporcionará ao Participante junto à rede credenciada aplicação das vacinas Anti-alérgicas, Pneumo 23, Haemophilus B e Anti-Gripal, desde que haja solicitação médica, contendo prescrição e justificativa.

Art. 86 Independente da idade do Participante serão assumidas pela BANESCAIXA as despesas provenientes de refeição de acompanhante na hipótese de internação realizada em Estado da Federação que não seja o da residência do Beneficiário.

CAPÍTULO XVIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

- Art. 87 Integram este regulamento, para todos os fins de direito, o Termo de Adesão assinado pelo Participante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, a Declaração de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
- Art. 88 As disposições expostas a seguir determinam prerrogativas importantes para a vigência deste regulamento:
- I. As coberturas previstas neste regulamento serão prestadas através da rede credenciada.
 - II. Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, não haverá impedimento para ingressar como Participante no presente regulamento.
 - III. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deverá privilegiar os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos.
 - IV. É direito do Participante emitir sua opinião sobre a operacionalização do produto, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações, preferencialmente por escrito, através do telefone (27) 3383-1200 ou pessoalmente na sede da BANESCAIXA, localizada na Av. Princesa Isabel, 574 - Ed. Palas Center, Bl. A, 10º andar, salas 1001 a 1008 - Centro – Vitória - CEP 29010-931, as quais serão imediatamente submetidas à apreciação, e, acolhidas, caso procedam.
 - V. O Participante acima de 60 (sessenta) anos de idade que apresentar, de forma comprovada, indícios de negligência, maus-tratos, abuso, exploração ou crueldade, de forma física ou psíquica, de condições desumanas e degradantes, ou ainda sob privação de alimentos e cuidados indispensáveis em sua convivência familiar, poderá ser notificado pela BANESCAIXA para as autoridades competentes, em cumprimento ao disposto no Estatuto do Idoso.
 - VI. O Participante autoriza a BANESCAIXA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive sobre atendimentos e serviços beneficiados, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência a saúde.
 - VII. No caso de falecimento do Participante, o fato deverá ser comunicado à BANESCAIXA, imediatamente, e por escrito, com a apresentação da Certidão de Óbito, para a devida atualização contratual.
 - VIII. Não tem direito a ressarcimento de contribuições pagas, ou a qualquer indenização, o Participante excluído, sob qualquer condição, do quadro de beneficiários da BANESCAIXA.
 - IX. A exclusão do quadro de beneficiários da BANESCAIXA não desobriga o ex-Participante do pagamento de despesas relativas a atendimento, cuja responsabilidade financeira lhe caiba, ou de importâncias devidas à BANESCAIXA, inclusive aquelas apuradas após a sua exclusão.
 - X. Nos casos de urgência ou emergência, a cobertura assegurada pelo Plano reger-se-á pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, desde a admissão do paciente até a alta hospitalar.

- XI. A BANESCAIXA, quando julgar necessário, poderá encaminhar seus beneficiários à perícia médica, para decidir sobre a cobertura de qualquer tratamento clínico ou cirúrgico.
- XII. A BANESCAIXA poderá firmar convênios de reciprocidade com entidades similares para proporcionar o mesmo padrão de atendimento aos Participantes domiciliados em localidades onde se torna difícil o credenciamento.
- XIII. A autorização para utilização da assistência à saúde prestada através de convênio de reciprocidade deverá ser previamente solicitada à BANESCAIXA que adotará as providências pertinentes junto à Caixa conveniada, observando que é vedada a utilização da assistência à saúde prestada através de convênio de reciprocidade por beneficiário que esteja em período de carência.
- XIV. O Beneficiário ao utilizar o convênio de reciprocidade deverá observar os limites de cobertura estabelecidos neste Regulamento do Plano BANESCAIXA FAMILIAR.
- XV. Será assumido pela BANESCAIXA o valor da coparticipação financeira excedente ao Valor Nominal estabelecido no ANEXO – TABELAS, item II – Limite de Coparticipação Financeira por Procedimento, parte integrante deste Regulamento, considerando isoladamente cada evento realizado e os valores estabelecidos na tabela de honorários utilizada na rede credenciada.
- XVI. O Valor Nominal estabelecido no ANEXO – TABELAS, item II – Limite de Coparticipação Financeira por Procedimento, parte integrante deste Regulamento, será ajustado anualmente, com base na variação do custo deste Plano verificada no encerramento do último exercício social, determinada atuarialmente.
- XVII. Cabe ao Conselho Deliberativo resolver as questões e situações acaso surgidas que estejam omissas ou obscuras neste Regulamento.
- XVIII. O presente regulamento, no que for omissivo, ou resultar em erro, ou ainda, passível de eventuais dúvidas, aplicar-se-á, concomitantemente, a legislação que rege a matéria, seguida das atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como o Código de Defesa do Consumidor, quando couber, devendo as partes, visando o interesse comum, buscar solução amigável.
- XIX. Observadas as demais exigências do órgão governamental competente, este Regulamento passará a vigorar na data a ser definida pelo Conselho Deliberativo, ficando, então, revogadas todas as disposições do Regulamento anterior.
- Art. 89 Para ampla compreensão sobre os efeitos deste contrato, ficam expressas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a BANESCAIXA fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

CARÊNCIA: o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do regulamento, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à BANESCAIXA, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela 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.

DUT: Diretrizes de Utilização traçadas pela ANS.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CAPÍTULO XIX

ELEIÇÃO DE FORO

Art. 90 Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário para dirimir dúvidas, omissões, solucionar conflitos, casos de litígios ou pendência judicial que porventura surjam deste

instrumento contratual, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, atendendo a Portaria nº. 4 da SDE/MJ.

ANEXO - TABELAS

I - CONTRIBUIÇÃO PARTICIPANTES

Vigência: 01/04/2022 a 31/03/2023

TABELA "A" - Inscrições realizadas até 31/12/2003 -

Faixas Etárias	Variação entre faixas etárias (%)	Contribuição (R\$)
00 a 17 anos	-	304,61
18 a 29 anos	26,33%	384,81
30 a 39 anos	35,40%	521,06
40 a 49 anos	4,62%	545,14
50 a 59 anos	30,87%	713,40
60 a 69 anos	75,29%	1.250,53
70 anos ou mais	15,38%	1.442,89

TABELA "B" - Inscrições realizadas após 31/12/2003 -

Faixas Etárias	Variação entre faixas etárias (%)	Contribuição (R\$)
00 a 18 anos	-	304,61
19 a 23 anos	26,33%	384,81
24 a 28 anos	6,71%	410,65
29 a 33 anos	26,89%	521,06
34 a 38 anos	6,25%	553,65
39 a 43 anos	16,11%	642,82
44 a 48 anos	16,11%	746,36
49 a 53 anos	24,59%	929,87
54 a 58 anos	24,60%	1.158,65
59 anos ou mais	24,53%	1.442,89

II – LIMITE DE COPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA POR PROCEDIMENTO

<i>Valor Nominal</i>	R\$ 586,03
----------------------	-------------------