

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO
DA AMAZÔNIA - CASF**

REGULAMENTO

PLANO FAMÍLIA

2008

SUMÁRIO

Considerações preliminares	Pág. 3
Definições	Pág. 4
Título I - Adesão ao Plano Família	Pág. 7
Capítulo I - Dos Beneficiários do Plano Família	Pág. 7
Capítulo II - Da adesão ao Plano Família	Pág. 8
Título II - Atendimento aos Beneficiários	Pág. 10
Capítulo I - Das modalidades de atendimento	Pág. 10
Capítulo II - Das condições de atendimento	Pág. 11
Capítulo III - Das carências	Pág. 12
Capítulo IV - Utilização das coberturas contratadas através da rede credenciada da CASF	Pág. 13
Capítulo V - Do atendimento por livre escolha e respectivo reembolso	Pág. 14
Capítulo VI - Do atendimento através de convênio de reciprocidade ou especiais e atendimento do beneficiário em trânsito	Pág. 15
Título III - Assistência Médico-Hospitalar	Pág. 16
Capítulo I - Da cobertura	Pág. 16
Capítulo II - Da exclusão de coberturas	Pág. 18
Capítulo III - Da Assistência Médico-Hospitalar	Pág. 19
Capítulo IV - Da exigência de avaliação médica prévia	Pág. 20
Capítulo V - Dos benefícios sujeitos a autorização prévia	Pág. 21
Capítulo VI - Dos benefícios subordinados a limite	Pág. 22
Título IV – Das mensalidades e outras contribuições	Pág. 23
Capítulo I - Das mensalidades e outras contribuições	Pág. 23
Capítulo II - Da co-participação	Pág. 24
Título V – Das disposições finais	Pág. 25

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

1. O Regulamento compõe-se de 5 títulos que se dividem em capítulos, itens, subitens e alíneas.
2. Estão indicados: a) em algarismos romanos, os títulos, capítulos; b) em algarismos arábicos os itens e subitens; e c) em letras minúsculas, as alíneas.
3. Quando forem acrescentados novos dispositivos ao regulamento, alterando os já existentes, serão enviadas novas folhas para substituírem as alteradas ou para inclusão, quando se tratar de matéria nova.
4. As novas folhas, destinadas à atualização do Regulamento, conterão, no rodapé, o número e data do documento que aprovou a alteração.
5. Os itens alterados, inclusos ou excluídos, serão indicados com os respectivos sinais, quais sejam: (*) para alterações, (+) para inclusões e (-) para exclusões.
6. O Regulamento deverá ser mantido atualizado, dispensando-se especial atenção quando ocorrerem substituição, inclusão ou exclusão de folhas, para que a ordem das páginas, títulos e capítulos seja rigorosamente observada.
7. As folhas deverão ser arquivadas, à parte, sob o título “REGULAMENTO – FOLHAS SUBSTITUÍDAS”.
8. O presente Regulamento foi editado com base no Art. 2º do Estatuto da CASF e objetiva disciplinar as diversas modalidades de assistência à saúde prestadas pela CASF.
9. As normas estabelecidas neste Regulamento, respeitados o Estatuto Social da CASF e os dispositivos legais, regulamentares e normativos de direito, anulam quaisquer outras que com elas conflitem.

DEFINIÇÕES

1. Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

1.1. Associado – São associadas da CASF as pessoas físicas, que:

- a) sejam empregadas do Banco da Amazônia S.A., da própria CASF, da Caixa de Previdência Complementar do Banco da Amazônia - CAPAF, da Associação dos Empregados do Banco da Amazônia - AEBA, da Associação dos Aposentados e Pensionistas do Banco da Amazônia - AABA, da CORAMAZON - Assistência Técnica e Corretora de Seguros S.A. e da Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Funcionários do Banco da Amazônia – UNICRÉVEA e que, no decorrer dos seus vínculos empregatícios com essas entidades, tiverem deferido pela Diretoria Executiva, seus pedidos de inscrição associativa, concomitante ao pedido de participação em qualquer dos Planos de Saúde administrados pela CASF;
- b) passem à condição de Aposentado, junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), imediatamente depois de cessado o vínculo empregatício com qualquer das entidades citadas no inciso anterior;

1.2. Beneficiário – Todas as pessoas físicas inscritas em qualquer dos Planos de Saúde oferecidos pela CASF, na forma do Art. 8º do Estatuto Social da CASF;

1.3. Parentes e outros dependentes - Os filhos, civil e economicamente emancipados; os ex-cônjuges ou ex-companheiros legalmente declarados e os parentes até o 3º (terceiro) grau de afinidade ou consangüinidade, exceto os enquadrados na categoria de Dependente Natural ou Legal, do Associado, na forma do Inciso II do Art. 7º do Estatuto Social da CASF;

1.4. Conveniados – Pessoas Físicas ou Jurídicas que mantêm convênio específico com a CASF;

2. Também são assim definidos:

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

2.2. ACIDENTE DE TRABALHO: é qualquer intercorrência que aconteça com o trabalhador em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do trabalhador em suas atividades profissionais.

2.3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

2.4. ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: é todo atendimento prestado à gestante, em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

2.5. CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridade do Beneficiário e tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.

2.6. CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir da aprovação da inscrição do beneficiário pela CASF, durante o qual os Beneficiários não têm direitos às coberturas contratadas.

2.7. CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identificação do Beneficiário (nome, número de inscrição na CASF, plano contratado).

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

2.9 CO-PARTICIPAÇÃO: é a parte efetivamente paga pelo Beneficiário à Operadora de Plano de Assistência, referente à realização de evento, conforme especificado neste REGULAMENTO.

2.10. COBERTURA: é a segmentação, isto é, a abrangência assistencial, contratada à qual o Beneficiário tem direito.

2.11. CONSULTA: é o ato realizado pelo profissional de saúde, que avalia as condições clínicas do Beneficiário.

2.12. COMPANHEIRO (A): é a pessoa que vive em união estável com outrem.

2.13. CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da tabela de referência, acrescido de um percentual a título de despesas administrativas.

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

2.15. DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em ambiente de trabalho.

2.16. ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

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

2.18. EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham, por origem ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do beneficiário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do beneficiário ou com a sua morte.

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

2.20. GUIA MÉDICO DA CASF: é a relação de serviços próprios e contratados pela Operadora.

2.21. HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preço e procedimentos, não se sujeitando à tabela de referência de terceiros.

2.22. INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um Beneficiário no plano, condicionado ao alcance das condições previstas no Estatuto da CASF, bem como neste REGULAMENTO e à aprovação da Operadora de plano de Assistência à Saúde.

2.23. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o Beneficiário adentra o hospital, para ser submetido a algum tipo de tratamento, por mais de 12 (doze) horas.

2.24. MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, em contrapartida das coberturas previstas no contrato.

2.25. ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

2.26. **PATOLOGIA:** modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

2.27. **PLANO:** é a opção de cobertura adquirida pelo Beneficiário.

2.28. **PRIMEIROS SOCORROS:** são os primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência ou emergência.

2.29. **PROCEDIMENTOS TERAPEUTICOS AMBULATORIAIS:** são aqueles executados no âmbito ambulatorial, com o intuito de aliviar ou curar doenças.

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

2.31. **RECURSOS E SERVIÇOS CONTRATADOS, CADASTRADOS ou CREDENCIADOS:** são aqueles colocados à disposição do Beneficiário pela Operadora de plano de assistência à saúde, para atendimento médico - hospitalar, mas que não são realizados pela rede própria da CASF, e sim, por terceiros.

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

TÍTULO I ADESÃO AO PLANO

CAPÍTULO I DOS BENEFICIÁRIOS DO PLANO FAMÍLIA

1. O Plano Família é um plano alternativo destinado a abrigar familiares dos associados da CASF, não enquadrados como dependentes naturais, lhes assegurando tratamento assistencial.
2. Terão direito aos benefícios disciplinados por este Regulamento, os parentes e outros dependentes do associado que se enquadrem nas seguintes condições:
 - 2.1. Filhos maiores de 21 anos; Netos;
 - 2.2. Pais; Avôs; Sogros; Tios; Padrastró / Madrasta;
 - 2.3. Ex-cônjuge; Ex-companheiro (a) legalmente declarado (a);
 - 2.4. Sobrinhos; Irmãos; Cunhados; Genro / Nora.
3. A inscrição de dependente do Plano Família, será oferecida ao associado como opção nas condições previstas neste Regulamento, observando-se a margem consignável da folha de pagamento do Associado.
4. A inscrição terá vigência por um período de 02 (dois) anos, vedada qualquer solicitação de exclusão, exceto no caso de óbito, mediante comprovação, ou hipótese do dependente adquirir as condições necessárias à inscrição como dependente natural.
5. Em caso de descumprimento do item 4 acima, será efetuada análise comparativa dos valores das contribuições do Associado e de cada um de seus dependentes em relação às despesas produzidas e, havendo utilização maior que a contribuição, lhe será cobrada tal diferença, sem prejuízo de multa à razão de 5% (cinco por cento) do valor da mensalidade de cada beneficiário que solicitar exclusão, multiplicada pelos meses que ainda restem para o término do prazo de vigência da adesão ao contrato.
6. As solicitações de exclusão, de que trata o item 5 acima, deverão ser encaminhadas até o dia 23 de cada mês, acompanhadas dos cartões dos beneficiários.
7. É responsabilidade do Associado verificar se o dia 23 é um dia útil. Caso coincida com feriados ou finais de semanas o prazo fica automaticamente transferido para o último dia útil que anteceder o dia 23.
8. A mensalidade do mês em que for solicitada a exclusão será integralmente devida, sendo gerada uma nova mensalidade no caso da apresentação da solicitação após o dia 23.
9. A renovação da inscrição do beneficiário dar-se-á de forma automática, por iguais períodos de 02 (dois) anos, salvo manifestação expressa do associado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
10. No caso de falecimento do Associado, o dependente inscrito até a data do óbito, poderá permanecer no Plano Família, desde que no prazo de 90 (noventa) dias, o (a) pensionista manifeste sua concordância em mantê-lo como dependente, assumindo o ônus das despesas previstas neste Regulamento e no Termo de Adesão ao Contrato de Prestação de Assistência médico-hospitalar firmado com o Associado.
 - 10.1. Inexistindo o (a) pensionista, os familiares indicarão por escrito um responsável financeiro pela manutenção do plano para os dependentes, que implicará na sua sub-rogação em todas as obrigações do Associado falecido, devendo o mesmo comprovar capacidade financeira para tanto perante a CASF.
11. Os Beneficiários ficam sujeitos ao que disciplina o Estatuto Social da CASF, em seu Capítulo III – Dos Beneficiários.

CAPÍTULO II DA ADESÃO AO PLANO FAMÍLIA

1. A inscrição como Beneficiário no Plano Família, é condição indispensável à obtenção da cobertura assistencial do respectivo plano.
2. A Inscrição é o ato de incluir um Beneficiário no plano e está condicionada ao alcance das condições previstas no Estatuto da CASF, bem como neste Regulamento, estando sujeita à aprovação da CASF.
3. A inscrição como Beneficiário é de titularidade exclusiva do associado da CASF, no que tange tanto à sua inscrição como à inscrição de seus dependentes e deverá ser solicitada à CASF da seguinte forma:
 - 3.1. Inscrição de parentes e outros dependentes: Deverão ser entregues diretamente ou encaminhados via malote do Banco da Amazônia ou correios à sede da CASF, em Belém-PA, os seguintes documentos:
 - a) Formulário de Movimentação de Beneficiário;
 - b) Cópia de RG ou certidão de nascimento e CPF de cada um dos dependentes;
 - c) Termo de Adesão ao Plano Família preenchido corretamente e assinado pelo Associado, sem rasuras;
 - d) Ficha cadastral de dependente preenchida corretamente, sem rasuras;
 - e) Cópia da FOLHA DE PAGAMENTO do Associado;
 - f) Cópia autenticada de Sentença de Divórcio ou de dissolução de União Estável, no caso de ex-cônjuge ou ex-companheiro (a), respectivamente;
 - g) Cópia do RG do cônjuge ou do (a) companheiro (a), no caso de inclusão de sogro (a);
 - h) Cópia de certidão de casamento ou declaração de união estável, no caso de inclusão de genro ou nora;
 - i) Cópia do RG do (a) cunhado (a) e do cônjuge do associado, no caso de inclusão de cunhado (a);
 - j) Cópia do RG da mãe ou pai do Associado, no caso de inclusão de tio (a);
 - k) Cópia de certidão de nascimento do neto (a), no caso de inclusão de bisneto (a).
4. A vigência do contrato e a contagem dos prazos de carências iniciarão na data da aprovação do pedido de inscrição do beneficiário pela CASF.
5. A cobertura do Plano Família é dada por mês civil, iniciando no primeiro dia e encerrando no último dia de cada mês.
6. Os pedidos de inclusão deverão ser encaminhados à CASF até o último dia útil de cada mês, para que, preenchidas todas as condições previstas no Estatuto Social da CASF e no presente Regulamento, a aprovação da inscrição possa ocorrer no primeiro dia útil do mês subsequente.
7. A inscrição do pretendente no Plano Família requerida no prazo máximo de 30 (trinta) dias depois de adquirida a necessária condição para se tornar Beneficiário, nos termos do parágrafo 2º, do art. 8º, do Estatuto Social da CASF, garantir-lhe-á a dispensa do cumprimento dos períodos de carência estipulados para a percepção da assistência à saúde, oferecida pelo Plano.
8. A adesão ao Plano Família gera as seguintes obrigações dos Beneficiários junto à CASF:
 - 8.1. Manter-se em dia com as contribuições pecuniárias definidas para o custeio do plano de que participe;
 - 8.2. manter atualizado seu cadastro perante a CASF;
 - 8.3. exibir a cartão de identificação, juntamente com documento de identidade, sempre que utilizar qualquer benefício e/ou quando exigidos;

8.4. cumprir e fazer cumprir todas as disposições deste Regulamento bem como das resoluções e deliberações a ele relacionadas, expedidas, a qualquer tempo, pela Diretoria da CASF;

8.5. cumprir e fazer cumprir as disposições do Estatuto Social da CASF.

9. A perda da condição de beneficiário do Plano Família se dará:

9.1. Por solicitação expressa do associado, na forma prevista no Estatuto Social da CASF, respeitada a vigência do contrato;

9.2. Pelo falecimento, mediante apresentação de certidão de óbito;

9.3. Pela perda da condição de parente ou outro dependente do associado;

9.4. Pelo desligamento voluntário ou compulsório do associado do quadro de participantes da CASF, de quem o beneficiário dependa;

9.5. Pelo falecimento do associado de quem o beneficiário dependa, exceto nos casos previstos no item 7 e subitem 7.1. do Capítulo I deste Título;

9.6. Pelo cancelamento da inscrição do associado de quem o beneficiário dependa.

9.7. Pela utilização de meios fraudulentos para obtenção de benefícios.

10. O beneficiário que perde a condição de beneficiário do Plano Família nos termos do subitem 9.7. do item 9 deste capítulo, ficará definitivamente impedido de voltar a participar de qualquer Plano de Saúde administrado pela CASF, sem prejuízo do uso do direito de recurso previsto no art. 50 do Estatuto Social da CASF.

11. A inscrição no Plano Família requerida no prazo máximo de 30 (trinta) dias depois de adquirida a necessária condição para se tornar Beneficiário garante a dispensa do cumprimento dos períodos de carência estipulados para a percepção da assistência à saúde oferecida pelo Plano.

TÍTULO II
ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS

CAPÍTULO I
DAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO

1. O atendimento aos Beneficiários pode ser feito de quatro maneiras:
 - 1.1. Através da rede credenciada de prestadores de serviços de assistência à saúde; pessoas físicas e jurídicas contratadas diretamente pela CASF;
 - 1.2. Através de convênios de reciprocidade da CASF com operadoras de planos de assistência à saúde de natureza autogestora;
 - 1.3. Através de convênios especiais, com outras pessoas jurídicas, operadoras de planos de assistência à saúde, de outras modalidades;
 - 1.4. Por livre escolha, junto a pessoas físicas e jurídicas.

CAPÍTULO II DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

1. O atendimento aos Beneficiários junto à rede credenciada far-se-á mediante a apresentação de seus respectivos cartões personalizados de identificação, que deverão ser fornecidos pela CASF, observadas todas as informações ali constantes, que se referem à segmentação assistencial de cada plano de saúde, à validade dos cartões e aos períodos de carência, acompanhadas das cédulas de identidade ou de documentos hábeis que identifiquem os Beneficiários ou responsáveis.
2. Os cartões personalizados de identificação fornecidos pela CASF citadas no item 1 (um) deste capítulo terão validade de 6 (seis) meses.
3. A renovação da validade das carteiras será automática, desde que o beneficiário esteja com todas as suas obrigações cumpridas perante a CASF. Se, até 15 dias antes do vencimento, o beneficiário não receber a renovação, deverá entrar em contato com a CASF.
4. Não serão de responsabilidade da CASF os atendimentos prestados a Beneficiários portadores de cartões de identificação com prazos de validade vencidos ou de carências ainda não cumpridas, assim como os procedimentos não cobertos ou sujeitos à prévia autorização.
- 4.1. Despesas decorrentes de eventos ocorridos durante o período de carência serão de responsabilidade exclusiva dos beneficiários e/ou seu responsável, sem nenhum ônus para a CASF.
5. Os atendimentos serão realizados de forma a assistir às necessidades dos Beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas a partir de 60 (sessenta) anos de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos de idade.
6. A CASF assegura a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho de beneficiário da CASF, durante os primeiros 30 dias após o parto, mediante a apresentação do cartão de Beneficiário de seu pai ou mãe ou do associado da CASF.

CAPÍTULO III DAS CARÊNCIAS

1. Em todas as modalidades de atendimento, inclusive livre escolha de prestadores, para a percepção dos benefícios garantidos pelo Plano Família, os Beneficiários estarão sujeitos às seguintes carências, ressalvadas as exceções do item 7 do Capítulo II (Da adesão ao Plano Família) e item 3 do Capítulo IV (Do cancelamento da inscrição do Associado), ambos do título I deste Regulamento:

EVENTO	CARÊNCIA
Consultas médicas e exames complementares (laboratoriais e radiológicos simples)	180 dias
Cirurgias ambulatoriais e biópsias em geral	180 dias
Internações clínicas	180 dias
Tratamentos cirúrgicos em geral	180 dias
Radiologia intervencionista, angiografias em geral, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e medicina nuclear.	180 dias
Ecocardiografia, eletrocardiografia dinâmica, provas de esforço, cicloergometria, densitometria, laparoscopia, endoscopias, ultrassonografia e outros do mesmo porte.	180 dias
Internações ginecológicas e obstétricas, ainda que decorrentes de urgência médico-cirúrgica ou acidentes pessoais	180 dias
Parto normal e cesariana	300 dias
Quimioterapia e radioterapia	180 dias
Cirurgias de amígdalas, adenóides, hérnias abdominais (inguinais, crurais, umbilicais, incisionais).	180 dias
Cirurgias cardíacas, vasculares, de catarata, de próstata, períneo, hemorróidas e hérnias de disco intervertebral, ainda que decorrentes de urgência médico-cirúrgica.	180 dias
Urgência / Emergência	24 horas

2. Fica assegurada a inscrição como dependente ao recém-nascido, filho do Beneficiário da CASF, isento do cumprimento de carência, desde que sua inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

3. A cobertura assistencial e a inscrição com isenção de carência, referidas nos item 6 do capítulo II e do item dois deste capítulo III, deste título, só alcançam o recém-nascido após o cumprimento de 300 (trezentos) dias de carência pelo beneficiário pai ou mãe do recém nascido.

CAPÍTULO IV
UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS ATRAVÉS DA REDE CREDENCIADA DA CASF

1. O regime de Convênio, também denominado atendimento através da rede credenciada, é aquele pelo qual o Beneficiário recorre aos serviços de profissional ou instituições especializadas, credenciadas pela CASF, sem qualquer ônus imediato de sua parte, assumindo a CASF, preliminarmente, a responsabilidade pelo pagamento das despesas.
2. Pagas as despesas, o Associado, na forma da regulamentação em vigor, deverá ressarcir a CASF em caso de procedimento sujeito ao regime de co-participação, conforme o capítulo II do Título IV deste Regulamento.
3. Os procedimentos que estejam excluídos da cobertura prevista neste Regulamento serão de responsabilidade exclusiva do associado, não arcando a CASF com qualquer despesa a eles relativa.
4. O Associado pagará à CASF, posteriormente, através de desconto em folha de pagamento ou débito em conta-corrente, com base na tabela adotada pela CASF no local do atendimento, a parte que lhe couber referente à sua co-participação no valor dos serviços que lhe forem prestados ou a seus dependentes, nos termos do item 2 deste capítulo.
5. A CASF, através de sua Gerência de Convênios, manterá contato com as organizações especializadas, visando à efetivação dos convênios/ credenciamentos para a prestação de serviços aos Beneficiários.
6. À Diretoria Executiva da CASF caberá decidir sobre a efetivação dos convênios/ credenciamentos.

CAPÍTULO V

DO ATENDIMENTO POR LIVRE ESCOLHA E RESPECTIVO REEMBOLSO

1. No atendimento por livre escolha, o Beneficiário recorre aos serviços do profissional ou instituição especializada, paga diretamente o valor referente à assistência e, em seguida, na forma deste Regulamento, requer o reembolso a que tenha direito, correspondente à parte ou totalidade da despesa feita, considerando-se como base para remuneração dos benefícios prestados a tabela adotada pela CASF na cidade de Belém, Estado do Pará, deduzida a parte que lhe couber referente à sua participação, se for o caso.
2. O pedido de reembolso de despesas deve ser encaminhado à CASF, em formulário próprio, acompanhado dos seguintes documentos obrigatórios:
 - 2.1. no caso de consultas médicas: recibo assinado pelo profissional ou instituição onde o serviço foi prestado (hospital, clínica, ambulatório), via original, contendo endereço, inscrição no respectivo Conselho, CPF/CNPJ e número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03.10.2000 e regulamentado pela Portaria MS/SAS 511/2000;
 - 2.2. em outros casos: Laudo médico comprobatório da necessidade da assistência, com o diagnóstico da enfermidade (CID 10) e, se for o caso, descrição dos procedimentos realizados, contendo o código respectivo, conforme a tabela adotada pela CASF no local do atendimento, junto com o recibo dos honorários ou das despesas efetuadas, firmado por profissional habilitado ou pela instituição prestadora do serviço, via original, contendo endereço, inscrição no respectivo Conselho, CPF/CNPJ e número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03.10.2000 e regulamentado pela Portaria MS/SAS 511/2000;
3. Serão recusados os documentos que não preencherem as exigências dos itens 2.1 e 2.2 deste capítulo, ou que forem apresentados rasurados, ilegíveis ou com dupla grafia.
4. O Beneficiário deverá apresentar o pedido de reembolso, no prazo de 90 (noventa) dias da emissão do documento hábil, após a realização do procedimento, sob pena de indeferimento de seu pedido.
5. O pagamento será feito ao associado, em conta-corrente, até 30 (trinta) dias após o protocolo do pedido de reembolso, desde que acompanhado dos documentos obrigatórios elencados no item 2 deste capítulo.

CAPÍTULO VI
DO ATENDIMENTO ATRAVÉS DE CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE OU ESPECIAIS E
ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO EM TRÂNSITO

1. No atendimento através de convênios de reciprocidade ou especiais, o Beneficiário recorre aos serviços de profissional ou instituições especializadas, credenciadas por Operadoras com a qual a CASF mantém convênio de Reciprocidade, em locais onde a CASF não possui rede própria, sem qualquer ônus imediato de sua parte, desde que a cobertura esteja prevista neste Regulamento, cobrando o profissional ou instituição do conveniado com a CASF que, a seguir, o reembolsará pelo valor das despesas feitas.
2. O Associado pagará à CASF, posteriormente, através de desconto em folha de pagamento ou débito em conta-corrente, com base em tabela adotada pela CASF no local do atendimento, a parte das despesas que lhe couber, referentes à sua co-participação no valor dos serviços que lhe foram prestados ou aos seus dependentes.
3. Em caso de mudança do domicílio do Beneficiário para localidade onde a CASF não tenha rede própria, o mesmo deverá encaminhar solicitação, por escrito, para a gerência de cadastro da CASF, acompanhada de comprovante de residência do Beneficiário interessado, competindo à CASF, após análise e aprovação de pedido formal, fazer-lhe a inscrição junto a instituições com a qual mantenha convênio de reciprocidade ou especial na localidade indicada pelo beneficiário, sendo limitado a 01 (um) cartão de reciprocidade ou especial por Beneficiário, desde que o mesmo esteja em dias com suas obrigações estatutárias e regulamentares.
4. Em caso de deslocamento temporário do beneficiário – beneficiário em trânsito - para localidade onde a CASF não possua rede própria, o mesmo deverá solicitar Autorização para atendimento de beneficiário em trânsito à Gerência de Cadastro da CASF com antecedência mínima de 03 (três) dias, através de telefone, fax, e-mail ou se dirigindo pessoalmente ao setor, informando a (s) localidade (s) para a (s) qual (is) se deslocará e qual o período de permanência na (s) mesma (s), competindo à CASF, após análise e aprovação do pedido, cadastrá-lo junto a instituições com a (s) qual (is) mantenha convênio de reciprocidade ou especial na (s) localidade (s) indicada, desde que o mesmo esteja em dias com suas obrigações estatutárias e regulamentares.
5. Caso o atendimento dependa de exame médico prévio ou autorização prévia, o Beneficiário deverá encaminhar à CASF documento médico que prescreva a necessidade do atendimento.
6. Em situações comprovadamente de emergência, ocorridas em dias úteis ou não, as exigências deste capítulo deverão ser cumpridas pelo beneficiário nas 72 (setenta e duas) horas imediatas às ocorrências.
7. Os benefícios do Plano Família serão concedidos, exclusivamente em território nacional.
8. A utilização do cartão de Operadoras de Planos de Saúde conveniadas com a CASF em locais onde a mesma possui rede credenciada própria configura uso indevido, sendo punido com a cobrança ao Associado do valor referente à Taxa de Administração cobrada pela operadora conveniada, conforme o respectivo contrato de reciprocidade.

TÍTULO III ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

CAPÍTULO I DA COBERTURA

1. Os benefícios concedidos pelo Plano Família abrangem:

- 1.1. Assistência médica;
- 1.2. Assistência hospitalar; e
- 1.3. Assistência ambulatorial, laboratorial (análises clínicas) e radiológica.

2. Os benefícios garantidos na Assistência médica abrangem as despesas decorrentes de:

2.1. Consulta: que consiste de exame clínico, interpretação de exames complementares para diagnósticos e prescrição terapêutica, limitada a 02 (duas) por especialidade ao mês;

2.2. Exames complementares, que são classificados em duas categorias:

- a) Exames simples: São aqueles que não necessitam de autorização prévia da CASF;
- b) Exames especiais: São aqueles que necessitam de autorização da CASF.

2.3. Internação para assistência médica e cirúrgica nas diversas especialidades, com acomodação em quarto com banheiro privativo, podendo ser de emergência ou marcada com antecedência. O limite máximo coberto é de 90 (noventa) diárias de internação por evento e para cada ano de vigência do Contrato;

2.4. Gravidez e parto que inclui partos normais, cirurgias de cesariana e assistência ao recém-nascido;

2.5. Urgência clínica para casos que determinem riscos de vida imediatos em fase aguda e que não podem ser tratados em residência;

2.6. Pequeno atendimento para tratamentos de emergência ou eletivos, realizados em ambulatório, hospitais ou consultórios médicos, não havendo necessidade de autorização prévia da CASF;

2.7. Remoção em ambulância em perímetro urbano, desde que seja solicitada pelo médico assistente através de relatório, comprovada a impossibilidade de locomoção do paciente;

2.8. Radioterapia para casos de doenças neoplásicas (tumores) exigindo autorização prévia da CASF para ser realizada;

2.9. Quimioterapia realizada com medicamentos fabricados em território nacional e reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, sendo necessária a autorização prévia da CASF.

3. Os benefícios garantidos na Assistência hospitalar abrangem as despesas decorrentes de:

3.1. Diária do beneficiário, abonáveis em até 90 (noventa) diárias por evento e por ano de vigência do Contrato;

3.2. Diária de acompanhante;

3.3. Diária e refeição de acompanhante para paciente menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos;

3.4. Visitas hospitalares e honorários médicos de acordo com a tabela de benefícios adotada pela CASF, em vigor,

- 3.5. Exames e testes, abonáveis de acordo com a tabela de benefícios adotada pela CASF, em vigor;
- 3.6. Taxa de internação para cobertura de despesas de administração, aplicação de medicamentos e enfermagem regular, abonáveis de acordo com a tabela de benefícios adotada pela CASF, em vigor;
- 3.7. Taxas de sala, para cobertura de aluguel de sala e de todos os gastos com materiais necessários ao ato cirúrgico, tais como: aspiradores, bandeja com material de anestesia, caixa de instrumentos cirúrgicos, abonáveis de acordo com tabela de benefícios adotada pela CASF, em vigor;
- 3.8. Medicamentos e materiais estritamente necessários, efetivamente prescritos e consumidos, respeitados os preços vigentes e fixados pelas autoridades competentes;
- 3.9. Oxigênio e aparelhagem necessária ao seu emprego (tenda ou outra), desde que expressamente recomendada pelo médico assistente e indicado o tempo ou quantidade de oxigênio despendido, abonável de acordo com a tabela de benefícios adotadas pela CASF, em vigor;
- 3.10. Transfusão de sangue e plasma sob recomendação médica, com indicação da quantidade, abonável de acordo com a tabela de benefícios, adequada pela CASF, em vigor.

CAPÍTULO II DA EXCLUSÃO DE COBERTURAS

1. A CASF não terá responsabilidade pela cobertura das despesas decorrentes dos seguintes eventos:

- 1.1. “Check-up”;**
- 1.2. Estações de águas;**
- 1.3. Estada de pacientes ou acompanhantes em hotel ou pensão;**
- 1.4. Despesas hospitalares decorrentes de telefonemas, lavagem de roupa, frutas, refrigerantes, uso de frigobar, indenização por danos e destruição de objetos, etc.;**
- 1.5. Despesas hospitalares decorrentes de refeições de acompanhantes, exceto nos casos de acompanhantes de menores de 18 e maiores de 60 anos, conforme item 3.3 do Cap. I do título III deste regulamento.**
- 1.6. Cirurgias plástico-cosméticas;**
- 1.7. Objetos e materiais de uso pessoal, ainda que utilizados em ambiente hospitalar;**
- 1.8. Reflexologia;**
- 1.9. Suplementos alimentares, salvo os expressamente prescritos e que tiverem seus usos justificados pelo profissional responsável pelo atendimento;**
- 1.10. Tratamento clínico ou fisioterápico para efeito de embelezamento (obesidade, celulite, actinoterapia, esfoliação química da pele, lipoaspiração, etc.);**
- 1.11. Taxas para colheitas de matérias para exames laboratoriais, exceção feita para os casos de internamento, quando o hospital ou casa de saúde não possua laboratórios;**
- 1.12. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- 1.13. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;**
- 1.14. Inseminação artificial;**
- 1.15. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;**
- 1.16. Consultas, serviços de enfermagem e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**
- 1.17. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- 1.18. Materiais e medicamentos não reconhecidos e autorizados pela ANVISA ou Ministério da Saúde;**
- 1.19. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;**
- 1.20. Casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- 1.21. Medicina Ortomolecular e Mineralograma de Cabelo;**
- 1.22. Exames admissionais, periódicos e demissionais, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, doenças ocupacionais e/ou decorrentes de acidentes de trabalho e suas conseqüências;**
- 1.23. Procedimentos Odontológicos;**
- 1.24. Transplantes, exceto os de Rim e Córnea;**
- 1.25. Medicamento não constante de fatura hospitalar;**
- 1.26. Exame destinado à prova de paternidade e ou para instruir processo judicial de qualquer natureza;**
- 1.27. Remoção aérea;**
- 1.28. Despesas médicas, ambulatoriais e hospitalares efetuadas durante o período de carência;**
- 1.29. Betaterapia e despesas médicas, ambulatoriais e hospitalares com doadores de qualquer natureza, bem como suas conseqüências;**
- 1.30. Cirurgias refrativas (Excimer laser) com grau inferior a 5.**

CAPÍTULO III DA ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

1. A internação hospitalar de Beneficiários, seja por tratamento clínico ou cirúrgico, estará sujeita à expedição da Guia de Internação pela CASF, emitida somente após avaliação e autorização da Auditoria Médica da CASF, excetuando-se os casos de urgência e emergência, que deverão ser comunicados à CASF no 1º dia útil seguinte à internação.
2. Internações hospitalares para procedimentos eletivos que tenham material de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM's, devem ser solicitadas com antecedência mínima de 05 (cinco) dias, tendo em vista a necessidade de cotação desses materiais e, ainda, a necessidade de comprovação de qualidade junto à ANVISA;
3. A Guia de Internação será expedida pela CASF mediante requisição médica que mencione o tratamento clínico ou cirúrgico a ser efetuado e o diagnóstico da doença com o CID (Código internacional de Doenças), e o código do procedimento a ser realizado segundo a tabela adotada pela CASF no local do atendimento.
4. A Guia de Internação terá 48 (quarenta e oito) horas de validade a partir da data de sua emissão e autoriza a internação por um período nela especificado, prorrogável mediante justificativa e solicitação do médico assistente, após avaliação pela Auditoria Médica da CASF.

CAPÍTULO IV DA EXIGÊNCIA DE AVALIAÇÃO MÉDICA PRÉVIA

1. Em todas as modalidades de atendimento, inclusive livre escolha de prestadores, dependerá de avaliação médica prévia a concessão de benefícios pertinentes ao atendimento dos beneficiários nos eventos abaixo:

1.1. cirurgias estético-reparadoras (hipertrofia mamária, gigantomastia, dermolipectomia, tratamento cirúrgico de ventre em avental, rinoplastia, orelhas em abano e outras);

1.2. cirurgias buco-maxilo-faciais.

2. A avaliação médica prévia, em Belém-PA, será feita por auditor da CASF e, quando fora de Belém, por profissional de confiança, que jurisdicione o local do atendimento, credenciado junto à CASF ou Entidade conveniada, abonando-se, neste caso, a quem o efetuar, o valor de uma consulta médica, de acordo com a tabela adotada pela CASF no local do atendimento.

3. O parecer do médico referente à avaliação médica prévia no beneficiário deverá compor o dossiê do Associado da CASF.

CAPÍTULO V DOS BENEFÍCIOS SUJEITOS A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

1. Em todas as modalidades de atendimento, inclusive livre escolha de prestadores, dependerá de autorização prévia da CASF a concessão de benefícios relativos aos seguintes eventos:

- 1.1. Internações hospitalares para tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- 1.2. Cineangiocoronariografia, eletroencefalograma, ecocardiograma e eletrocardiografia dinâmica (holter);
- 1.3. Tratamento por sessões: Fisioterapia, psicoterapia, laserterapia, escleroterapia de varizes e hemorróidas, fonoaudiologia, terapia ocupacional e acupuntura;
- 1.4. Ressonância magnética e ultra-sonografia;
- 1.5. Tomografia computadorizada;
- 1.6. Microcirurgias a nível ambulatorial;
- 1.7. Medicina nuclear;
- 1.8. Radiologia intervencionista, radioterapia e quimioterapia;
- 1.9. Exames laboratoriais especializados, de alto custo; (RAST, Hepatite, AIDS, etc.);
- 1.10. Exames especiais de diagnóstico (angiografia; arteriografia; eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; monitorização ambulatorial de pressão arterial; radiologia com contraste e radiologia intervencionista e videolangoestroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica; exame de endoscopia digestiva, respiratória e urológica, realizados em regime ambulatorial; exame de neurofisiologia; prova de função pulmonar; teste ergométrico);
- 1.11. Remoção em ambulância, exclusivamente em perímetro urbano, desde que comprovada impossibilidade de locomoção do paciente.
- 1.12. Diálise e hemodiálise.

2. Os procedimentos acima serão autorizados pela CASF, mediante requisição e justificativa do médico que dê assistência ao paciente, com:

- 2.1. nome completo do médico, incluindo-se número de inscrição no CRM e número do CPF;
- 2.2. diagnóstico da patologia, descrito e codificado, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10);
- 2.3. duração provável do tratamento, com número de sessões e período necessário para o restabelecimento do paciente;
- 2.4. nome completo do Beneficiário do tratamento, e
- 2.5. codificação do procedimento, de acordo com a CBHPM ou AMB.

CAPÍTULO VI DOS BENEFÍCIOS SUBORDINADOS A LIMITE

1. Em todas as modalidades de atendimento, inclusive livre escolha de prestadores, estão sujeitos a restrições, na forma a seguir especificada, os benefícios para assistência médico-hospitalar e laboratorial concedidos para os atendimentos abaixo:

1.1. Consultas: Com dispensa de diagnósticos e justificativas médicas até 2 (duas) a cada 30 dias, para cada especialidade médica para o mesmo beneficiário.

1.2. Psicoterapia: Até 4 sessões a cada 30 dias.

1.3. Fisioterapia: Até 10 sessões a cada 30 dias, no máximo 120 sessões por ano de contrato.

1.4. RPG – Reeducação Postural Global: Até 4 sessões a cada 30 dias.

1.5. Terapia Ocupacional: Até 5 sessões a cada 30 dias.

1.6. Escleroterapia: Até 20 sessões por ano de contrato.

1.7. Acupuntura: Até 4 sessões a cada 30 dias.

1.8. Fonoaudiologia: Até 48 sessões por ano de contrato.

2. Os limites deste capítulo poderão ser ampliados mediante laudo circunstanciado do médico assistente, a critério da CASF.

3. Qualquer que seja o regime utilizado, os atendimentos que ultrapassarem os limites autorizados, não terão cobertura da CASF, sendo de inteira responsabilidade do Associado.

4. As autorizações serão pelo prazo máximo de 30 dias, prorrogável mediante solicitação e justificativa do médico assistente, a critério da CASF.

5. Os tratamentos por sessões não podem ser autorizados simultaneamente, em seu máximo, a cada 30 dias. Caso haja conjugação, deverá ser dividido entre os tratamentos o limite máximo de sessões a cada 30 dias.

**TÍTULO IV
DAS MENSALIDADES E OUTRAS CONTRIBUIÇÕES**

**CAPÍTULO I
DAS MENSALIDADES E OUTRAS CONTRIBUIÇÕES**

- 1. As contribuições mensais devidas pelos beneficiários do plano de Saúde serão instituídas pelo Conselho Deliberativo da CASF, com base em estudo atuarial, as quais serão discriminadas no Contrato de Prestação de Assistência à Saúde do Beneficiário.**
- 2. O atraso no pagamento das contribuições mensais implicará em mora de 1% ao mês e multa de 2% sobre os valores devidos.**
- 3. As contribuições mensais, inclusive decorrentes de co-participação, serão descontadas através da Folha de pagamento ou débito em conta do Associado.**
- 4. As contribuições mensais terão reajuste, a ser definido pelo Conselho Deliberativo da CASF, no interregno mínimo previsto pela legislação vigente, na proporção da elevação dos custos gerais e aqueles referentes aos procedimentos médico-hospitalares, a fim de assegurar a manutenção da qualidade e da quantidade dos serviços oferecidos, bem como as coberturas pertinentes, com base em estudo atuarial.**
- 5. Em caráter excepcional, ocorrendo fato superveniente, não previsto atuarialmente, capaz de gerar desequilíbrio financeiro, que comprometa a estabilidade do Plano Família caberá à Diretoria Executiva submeter ao Conselho Deliberativo, em regime extraordinário, estudo técnico, recomendando a adoção de medidas capazes de promover o reequilíbrio financeiro, ajustando, inclusive, as fontes de custeio do(s) plano(s) à nova realidade, nos termos do parágrafo primeiro do artigo 14 do Estatuto Social da CASF.**

**CAPÍTULO II
DA CO-PARTICIPAÇÃO**

1. O custeio, no Plano Família, será atendido, além da contribuição mensal prevista no capítulo I deste Título, pela parcela do custo dos benefícios – Co-Participação, diretamente utilizados pelo Associado e seus dependentes, que obedecerá às seguintes regras em todas as modalidades de atendimento, inclusive livre escolhas de prestadores:

EVENTOS	AUXÍLIO CASF	CO - PARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO
1.1. Internação Hospitalar e Cirurgias Ambulatoriais;	100%	-
1.2. Consultas médicas Exames Complementares;	100%	-
1.3. Tratamentos por sessões (Psicoterapia, Fisioterapia, RPG, Escleroterapia, Fonoaudiologia, acupuntura e terapia ocupacional);	70%	30%
1.4. Órteses e Próteses à exceção de lente intra-ocular.	50%	50%
1.5. Lente intra-ocular	Até o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais), corrigidos anualmente com base no IGPM ou outro índice que venha a substituí-lo.	O valor que exceder ao auxílio da CASF, o qual deverá ser negociado diretamente com o prestador de serviços.
1.6. Materiais Especiais, à exceção dos descartáveis indispensáveis ao ato cirúrgico, com valor superior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), corrigidos anualmente com base no IGPM ou outro índice que venha a substituí-lo.	50% do valor que exceder os R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), corrigidos anualmente com base no IGPM ou outro índice que venha a substituí-lo.	50% do valor que exceder os R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), corrigidos anualmente com base no IGPM ou outro índice que venha a substituí-lo.

2. Os valores cobrados a título de co-participação serão calculados sobre o custo efetivo do procedimento ou material, incluindo eventuais taxas de comercialização, taxas de administração e impostos, sendo descontados através da Folha de pagamento ou débito em conta do Associado.

TÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

1. Responderá o Beneficiário pelos custos decorrentes de utilização de cartão extraviado, se o extravio não for comunicado à CASF, por escrito, no primeiro dia útil subsequente ao evento.
2. A CASF poderá, a qualquer tempo, determinar a realização de perícias médicas, inspeções, auditorias ou tomadas de contas para verificação e avaliação de quaisquer irregularidades na concessão, obtenção ou utilização de benefícios, sendo-lhes facultado confiá-las a profissionais externos.
3. À CASF é assegurado o direito de cobrar, em juízo, os valores que lhe sejam devidos, independentemente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.
4. Este Regulamento poderá ser alterado, quando necessário, a critério do Conselho Deliberativo da CASF, sempre visando à melhoria nos atendimentos prestados aos seus beneficiários, assim como à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Plano.
5. Todos os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da CASF.
6. O presente Regulamento revoga todas as disposições do anterior.