

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS
EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA
DE PESQUISA AGROPECUÁRIA**

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Regulamento de Benefícios

**Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa
Agropecuária - Casembrapa**

Conselho de Administração

Membros Titulares

Magali dos Santos Machado
Gerson Soares Alves Barreto
Carlos Alberto Honorato da Silva
Nilson Alves Carrijo

Membros Suplentes

Eurípedes Rosa do Nascimento Júnior
Luiz Carlos Benato
Antônio Wellington Soares de Carvalho

Diretoria Executiva

Sonisley Santos Machado
Presidente

Alan Augusto dos Reis
Diretor Financeiro

Márcia Cristina de Faria
Diretora Administrativa

Conselho Fiscal

Membros Titulares

Adélio Gonçalves Martins
Helton Kleyber de Almeida
Roberto Otoni Scaramello

Membros Suplentes

Senivaldo Machado de Moraes
Walnice Souza Aguiar
Antonio Wellington Soares de Carvalho
Carlos Henrique Garcia

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Regulamento de Benefícios

Sumário

CAPÍTULO I - Da natureza, denominação e objetivos - Arts. 1º, 2º, 3º e 4º.

CAPÍTULO II - Da inscrição e identificação dos associados titulares e dependentes - Arts. 5º, 6º, 7º e 8º.

CAPÍTULO III - Da suspensão e extinção do direito à assistência - Arts. 9º, 10, 11, 12 e 13.

CAPÍTULO IV - Da rede credenciada - Arts. 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20.

CAPÍTULO V - Do atendimento ambulatorial - Art. 21.

CAPÍTULO VI - Do atendimento hospitalar - Arts. 22 e 23.

CAPÍTULO VII - Das urgências e emergências - Art. 24.

CAPÍTULO VIII - Da remoção - Arts. 25 e 26.

CAPÍTULO IX - Do reembolso de despesas - Arts. 27, 28 e 29.

CAPÍTULO X - Das doenças e lesões preexistentes - Art. 30.

CAPÍTULO XI - Das carências - Arts. 31, 32 e 33.

CAPÍTULO XII - Das exclusões - Art. 34.

CAPÍTULO XIII - Da utilização dos serviços e dos mecanismos de regulação - Arts. 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42 e 43.

CAPÍTULO XIV - Das participações nas despesas - Art. 44.

CAPÍTULO XV - Das contribuições e das formas de pagamento - Arts. 45, 46, 47 e 48

CAPÍTULO XVI - Das disposições gerais - Arts. 49, 50, 51, 52, 53 e 54.

Anexo

Glossário

Modelo de custeio

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Casembrapa

CAPÍTULO I - Da natureza, denominação e objetivos

Art. 1º – A Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, sob a sigla Casembrapa, pessoa jurídica de direito privado, é uma associação de natureza assistencial e sem finalidade lucrativa, operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão patrocinada singular, com sede e foro na cidade de Brasília, Distrito Federal.

Art. 2º – A Casembrapa oferecerá, aos empregados ativos, ex-empregados dispensados sem justa causa e aposentados da Embrapa, e respectivos dependentes, cobertura assistencial por meio de plano coletivo com patrocinador, sob o regime de contratação por adesão, na forma e condições previstas neste Regulamento de Benefícios.

Art. 3º – A administração dos recursos financeiros e os serviços assistenciais, bem como a contratação da rede credenciada obedecendo-se à legislação pertinente, sendo assegurada a assistência de que trata o *Caput* do Artigo anterior, mediante a prestação continuada de serviços por profissionais de saúde, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios e outros estabelecimentos de saúde credenciados e/ou referenciados diretamente pela Casembrapa, ou, ainda, por intermédio do reembolso de despesas, na forma deste Regulamento de Benefícios.

Art. 4º – O Plano de Assistência Médica compreende plano com segmentação de cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no padrão de acomodação em apartamento individual ou enfermaria na ausência desse, com área de abrangência geográfica nacional.

CAPÍTULO II – Da inscrição e identificação dos associados titulares e dependentes

Art. 5º – A inscrição e a manutenção no Plano de Assistência Médica são privativas dos seguintes associados titulares:

I – empregado ativo da Embrapa;

II – o ex-empregado demitido sem justa causa, na proporção de 1/3 (um terço)

do tempo de permanência no Plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses;

III – o ex-empregado da Embrapa demitido sem justa causa, que vier se aposentar no período de 30 (trinta) dias após a rescisão do seu contrato de trabalho, observadas as condições estabelecidas nos Incisos IV e V deste Artigo;

IV – o ex-empregado aposentado a partir da aprovação deste Regulamento, que contribuiu com este Plano ou seu antecessor, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos;

V – o ex-empregado aposentado a partir da aprovação deste Regulamento, que contribuiu com este Plano, ou seu antecessor, pelo prazo inferior a dez anos, à razão de um ano para cada ano de contribuição ao Plano;

VI – os aposentados inscritos e aceitos no Plano antecessor, observados os prazos estabelecidos nos Incisos IV e V deste Artigo;

VII – a(o) viúva(o) inscrita(o) como dependente de ex-empregado(a) que faleceu enquanto ativo(a) na Embrapa, ou viúva(o) de ex-empregado(a) da Embrapa demitido(a) ou aposentado(a), nos termos do Art. 10 deste Regulamento;

VIII – o tutor ou o curador de dependentes de associado titular e respectivo cônjuge falecido, conforme parágrafo segundo do Art. 10 deste Regulamento;

IX – o cônjuge, companheiro(a), tutor(a) ou curador(a) de dependentes do associado titular em regime prisional enquanto mantido o vínculo empregatício deste; e

X – o empregado de outra instituição, colocado à disposição da Embrapa, desde que com ela mantenha contrato de trabalho.

Parágrafo Primeiro – Ao empregado da Embrapa que tiver o contrato de trabalho suspenso, bem como seus respectivos dependentes, será suspensa a condição de associado do Plano de Assistência Médica. O seu retorno à condição de associado será assegurado sem o pagamento de jóia e o cumprimento de carências, desde que se manifeste, por escrito, até 30 (trinta) dias após o fim da suspensão do contrato. Na falta de manifestação dentro desse prazo, o retorno será efetivado com pagamento de jóia e cumprimento de carências.

Parágrafo Segundo – O(a) ex-empregado(a), viúvo(a), companheiro(a), tutor e curador, com direito à manutenção no Plano de Assistência Médica, poderão permanecer, ou inscrever-se, como associados titulares desde que assumam o pagamento integral das contribuições do associado titular e da patronal.

a) Os associados titulares previstos neste parágrafo deverão formalizar sua opção de permanência no Plano, mediante o preenchimento e a assinatura

de formulário específico, no prazo de até 30 (trinta) dias contados da rescisão do contrato de trabalho, da certidão de óbito e do prazo estabelecido pela Casembrapa, respectivamente.

Parágrafo Terceiro – No caso de empregado(a) que tenha cônjuge ou companheiro(a) que trabalhe na Embrapa, o associado titular no PAM será aquele enquadrado em referência de maior valor salarial.

Parágrafo Quarto – O(a) viúvo(a) de ex-empregado(a) demitido(a), ou aposentado(a), e seus dependentes e os dependentes tutelados, poderão permanecer no Plano pelo prazo estabelecido aos respectivos ex-associados titulares falecidos, observado os Incisos II, IV e V deste Artigo.

Parágrafo Quinto – O(a) viúvo(a) de ex-empregado(a) falecido(a) em atividade e seus dependentes poderão permanecer no Plano pelo prazo estabelecido no Incisos IV e V deste Artigo, observado o tempo de contribuição do(a) ex-empregado(a) falecido(a).

Parágrafo Sexto – A condição de associado prevista nos Incisos II, IV, V e VII deste Artigo deixará de existir quando da admissão do associado titular em novo emprego.

Parágrafo Sétimo – Os dependentes do empregado enquadrado na condição prevista no inciso X deste artigo perderão a condição de associados do Plano quando do término da cessão.

Parágrafo Oitavo – A condição de associado titular prevista no Inciso VIII deste Artigo não dá direito, ao tutor ou curador, de cobertura assistencial do Plano.

Art. 6º – O associado titular poderá inscrever no Plano de Assistência Médica os seguintes beneficiários, desde que a Proposta de Inscrição seja preenchida, assinada e aceita pela Casembrapa:

I – Na qualidade de dependentes:

- a) o cônjuge;
- b) a companheira ou companheiro, nos termos da legislação em vigor;
- c) os filhos (naturais ou adotivos), ou enteados solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos, sem renda própria, ou se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- d) os filhos (naturais ou adotivos), ou enteados, entre 21 (vinte um) e menor de 24 (vinte e quatro) anos, solteiros, sem renda própria, estudantes matriculados regularmente em curso superior reconhecido pelo Ministério da Educação;
- e) o menor sob guarda concedida por decisão judicial, solteiro, sem renda

própria, observado o disposto nas alíneas “c” e “d”; e

- f) o menor sob tutela concedida por decisão judicial, solteiro, sem renda própria, menor de 24 anos, observado o disposto nas alíneas “c” e “d”.

Parágrafo Primeiro – Para fins da assistência prevista na alínea “b” do inciso I deste Artigo, compreende-se como companheiro(a) aquele(a) que mantenha coabitação domiciliar por período igual ou superior a 2 (dois) anos, comprovada mediante Escritura Pública Declaratória de Convivência firmada pelo associado em Cartório de Registro Civil.

Parágrafo Segundo – A condição do estado de invalidez prevista na alínea “c” do inciso I deste Artigo deverá ser comprovada mediante apresentação de Laudo Médico expedido por 2 (dois) especialistas.

Parágrafo Terceiro – O cônjuge, ou companheiro(a), que se separar do associado titular perde a condição de associado dependente a partir da data efetiva de separação de corpos.

Art. 7º – Os filhos recém-nascidos (naturais ou adotivos) dos associados titulares terão direito à cobertura assistencial durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, independentemente da sua inclusão formal no Plano como associados dependentes.

Parágrafo Único – Será assegurada a inscrição de filhos adotivos dos associados titulares, menores de 12 (doze) anos de idade, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos, desde que inscritos até 30 (trinta) dias da adoção.

Art. 8º – Caberá ao associado titular comunicar – de imediato – à Casembrapa qualquer alteração que implique a atualização de dados pessoais dele e/ou de seus dependentes, bem como outras ocorrências que determinem perda da condição de beneficiário do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Único – O associado titular – em quaisquer circunstâncias, inclusive por utilização indevida – é responsável direto pelas ações e obrigações financeiras contraídas por seus dependentes.

CAPÍTULO III – Da suspensão e extinção do direito à assistência

Art. 9º – Dar-se-á a suspensão da cobertura assistencial, ou a exclusão de associados titulares e respectivos dependentes, quando da ocorrência dos fatos a seguir referidos, desde que devidamente apurados, exceto na condição prevista no item “a” do Inciso III deste Artigo:

I – Suspensão até a regularização do saldo devedor:

a) por atraso no pagamento de contribuição, co-participação e quaisquer outras obrigações financeiras por período superior a 90 (noventa) dias.

II – Suspensão por 90 (noventa) dias, em razão de:

a) desobediência às normas estatutárias e regulamentares em geral; e

b) embaraço a qualquer exame, diligência ou perícia determinada pela Casembrapa.

III – **Exclusão**

a) a pedido;

b) por atraso no pagamento a contribuição, co-participação e quaisquer outras obrigações financeiras por período superior a 180 (cento e oitenta) dias;

c) por fraude ou tentativa de fraude;

d) por perda da condição de associado; e

e) por falecimento.

Parágrafo Primeiro – A exclusão por motivo de fraude ou tentativa de fraude será precedida de inquérito e processo administrativo a ser instaurado pela Diretoria-Executiva da Casembrapa.

Parágrafo Segundo – O associado titular, excluído em razão do previsto nas letras “a” e “b” do Inciso III deste Artigo, poderá solicitar a sua reinscrição no Plano apenas uma vez, desde que atenda as seguintes condições:

a) solicite a reinscrição no período de até 12 (doze) meses da data de exclusão;

b) quitação dos débitos na forma prevista no Art. 13;

c) no caso de empregado ativo, o pagamento mensal de jóia no valor da contribuição atual por período equivalente àquele da exclusão;

d) no caso de viúvo(a), o ex-empregado aposentado, ou demitido, o pagamento de jóia no valor correspondente da contribuição mensal e patronal por período equivalente àquele da exclusão;

e) para efeito deste parágrafo, não será contada a exclusão do empregado em decorrência de afastamento ao exterior por período superior a 6 (seis) meses, remunerado pela Embrapa, desde que o

reingresso ao Plano seja efetuado até 30 (trinta) dias após o retorno ao País;

f) o reingresso ao Plano, conforme disposto na letra "e" deste parágrafo, desobriga o empregado do pagamento de jóia e do cumprimento de carências; e

g) cumprimento dos prazos de carência previstos no Art. 31.

Parágrafo Terceiro – A exclusão da inscrição no Plano a pedido do(a) associado(a) titular dar-se-á no mês subsequente ao da solicitação, após total quitação dos débitos existentes e a devolução de sua carteira e a de seus dependentes.

Art. 10 – Na hipótese de exclusão por falecimento do associado titular, o cônjuge, ou companheira(o), supérstite, poderá manter-se assistido pelo Plano de Assistência Médica, na qualidade de associado titular beneficiário, juntamente com os dependentes que se encontravam inscritos antes da ocorrência do falecimento, desde que assuma integralmente todas as obrigações financeiras previstas neste Regulamento de Benefícios, as quais eram de responsabilidade do ex-associado titular falecido, mediante requerimento firmado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do óbito do associado titular.

Parágrafo Primeiro – A contração de novas núpcias, ou de união estável, implicará perda da condição de associado titular beneficiário com a sua conseqüente exclusão do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Segundo – No caso de falecimento do associado titular e do cônjuge supérstite, poderão permanecer na condição de associados dependentes aqueles que se encontravam inscritos antes da ocorrência do fato se, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do falecimento, houver manifestação de interesse por meio de:

I – termo de responsabilidade financeira firmado perante a Casembrapa;

II – comprovação de haver manifestado em juízo a intenção de assumir a condição de tutor ou curador, quando for o caso; e

III – apresentação, no prazo fixado pela Casembrapa, da sentença declaratória de tutela ou curatela.

Parágrafo Terceiro – É vetada a inscrição de novos dependentes, exceto aquela de filhos nascidos até 10 (dez) meses após falecimento do associado titular.

Art. 11 – Os filhos, enteados e menores sob guarda ou tutelados serão automaticamente excluídos do rol de dependentes ao excederem os limites de idade previstos neste Regulamento de Benefícios, ou quando ocorrer uma das seguintes hipóteses:

I – casamento ou união estável;

II – exercício de emprego;

III – estabelecimento civil, comercial, ou autônomo com economia própria; e

IV – exclusão do associado titular, exceto no caso de falecimento, e desde que observado o disposto no Art. 10.

Parágrafo Único – A utilização da cobertura assistencial oferecida pela Casembrapa, após a exclusão prevista neste Artigo, sem o devido recadastramento, será considerada indevida, respondendo o associado titular pelas despesas integrais daí decorrentes, sem prejuízo das penalidades legais e regulamentares.

Art. 12 – Nos casos de exclusão de dependentes, o associado titular obriga-se a devolver, à Casembrapa, as respectivas carteiras de identificação, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes à indevida utilização das coberturas assistenciais.

Parágrafo Primeiro – A hipótese prevista no *Caput* deste Artigo também se aplica no caso de extravio de carteiras de identificação, sem a imediata comunicação, por escrito, à Casembrapa, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas contados da ocorrência.

Parágrafo Segundo – Em caso de perda da condição de associado dependente, caberá ao associado titular comunicar o fato imediatamente à Casembrapa, mediante devolução da respectiva carteira de identificação.

Parágrafo Terceiro – A ausência de comunicação acarretará, ao associado, a responsabilidade integral pelo pagamento de todas as despesas resultantes da utilização indevida da cobertura assistencial por parte dos ex-associados dependentes.

Art. 13 – Salvo nos casos de internação, o atraso no pagamento das contribuições, ou quaisquer outros débitos de responsabilidade dos associados, por período superior a 90 (noventa) dias implicarão imediata suspensão da cobertura assistencial e cobrança das despesas pela utilização dos serviços médico-hospitalares, acrescidos de multa por atraso de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

Parágrafo Primeiro – Exceto para os casos de urgência e de emergência, uma vez constatada a existência de débitos de responsabilidade do associado, por si ou por terceiros, por período superior ao previsto no *Caput* deste Artigo, não será autorizada pela Casembrapa a realização de qualquer tipo de procedimento médico-hospitalar.

Parágrafo Segundo – Uma vez constatada a inadimplência superior a 180 (cento e oitenta) dias, proceder-se-á à exclusão do associado e respectivos dependentes, mediante formal notificação, promovendo-se imediata cobrança dos valores atualizados.

Parágrafo Terceiro – Em caso de eventual impugnação decorrente dos valores cobrados, deverá o associado titular apresentar manifestação por escrito, dentro de 15 (quinze) dias contados da data de recebimento da cobrança, junto à Casembrapa.

CAPÍTULO IV – Da rede credenciada

Art. 14 – A Casembrapa colocará à disposição dos associados e respectivos dependentes inscritos e aceitos no Plano de Assistência Médica rede credenciada e/ou referenciada de prestadores de serviços.

Art. 15 – Os credenciamentos de assistência médico-hospitalar serão firmados pela Casembrapa, considerando-se os seguintes aspectos:

I – a demanda de utilização dos serviços assistenciais, por área de especialidade;

II – a qualificação técnica dos profissionais responsáveis; e

III – o nível de atendimento e a excelência dos serviços prestados.

Art. 16 – No caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição, durante a internação de beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência Médica, será assegurada sua permanência até a alta hospitalar.

Art. 17 – No caso do Artigo anterior, os beneficiários do Plano de Assistência Médica terão direito de prosseguir seu tratamento ambulatorial e hospitalar com qualquer outro profissional, ou em outro estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada e/ou referenciada, sem que a Casembrapa tenha de efetuar qualquer indenização pela substituição havida.

Art. 18 – Caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de beneficiário em virtude do cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, a Casembrapa responsabilizar-se-á pela transferência imediata do paciente para outro estabelecimento equivalente, sem nenhum ônus.

Art. 19 – A fiscalização e/ou auditoria da assistência prestada nos termos deste Regulamento de Benefícios serão realizadas pela Casembrapa, ou por pessoa natural ou jurídica especialmente designada para esse fim e, ainda, pelos próprios beneficiários do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Único – Constatada qualquer irregularidade ou inadequação dos serviços oferecidos, será instaurado procedimento administrativo por parte da Diretoria-Executiva da Casembrapa.

Art. 20 – As divergências de natureza médica serão dirimidas por junta constituída pelo profissional solicitante ou indicado pelo beneficiário, por médico da Casembrapa e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima indicados.

Parágrafo Único – Cada parte pagará os honorários do médico que indicar, e a Casembrapa pagará os honorários do árbitro.

CAPÍTULO V – Do atendimento ambulatorial

Art. 21 – O Plano de Assistência Médica oferece cobertura ambulatorial com base no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

I – consultas médicas, em número ilimitado, em pronto-socorros, consultórios médicos e clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II – exames laboratoriais;

III – serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

IV – exames/procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar;

V – acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, despesas com captação, transporte e preservação de órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, nos transplantes de rim e córnea;

VI – procedimentos obstétricos e assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não;

VII – tratamentos básicos em regime ambulatorial, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo Código Internacional de Doenças (CID), incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-inflingidas; e

VIII – tratamento fonoaudiológico autorizado previamente pela Casembrapa, conforme indicação do médico assistente, sendo limitado a 10 (dez) sessões por ano.

Parágrafo Primeiro - Encontram-se incluídos no atendimento a que se refere este Artigo:

I – atendimentos às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos ao paciente (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto-agressão);

II – atendimentos à psicoterapia de crise, entendida essa como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual não cumuláveis;

III – tratamento básico, prestado por médico, assegurada as coberturas às consultas, aos serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente.

Parágrafo Segundo – As consultas realizadas dentro do período de 15 (quinze) dias decorridos da consulta inicial serão consideradas como de retorno, ou seja, sem ônus tanto para o associado quanto para a Casembrapa.

CAPÍTULO VI – Do atendimento hospitalar

Art. 22 – O Plano de Assistência Médica oferece cobertura hospitalar com obstetrícia, com base no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mínimas a saber:

I – No caso de internações hospitalares, o plano cobre apartamento individual ou em enfermaria e, na ausência desses, sem limite de prazo, valor máximo ou quantidade, será realizada a internação em clínicas básicas ou especializadas, desde que credenciadas pelo Plano e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que solicitadas por médico assistente;

II – 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;

III – cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

IV – cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, fisioterapia e atendimento nutricional conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

V – cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar dentro do território nacional;

VI – cobertura de despesas de acompanhante para pacientes menores de 18 e maiores de 60 anos; bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

VII – tratamentos básicos em regime de internação, para todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID 10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-inflingidas;

VIII – cobertura de transplantes córnea e rim, incluídas todas as despesas com procedimentos vinculados, bem assim aquelas necessárias à realização do transplante, tais como, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; bem como dos transplantes autólogos;

IX – próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico;

X – assistência neo-natal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos (filhos naturais ou adotivos), no berçário, no centro de terapia intensiva ou similares, durante o período máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do nascimento ou da adoção;

XI – cirurgia plástica reparadora, reconstrutora ou restauradora da aparência quando efetuada exclusivamente para restaurar funções em órgãos, regiões e membros lesados em decorrência de acidente ou enfermidade;

XII – cirurgias cardíacas e hemodinâmicas;

XIII – angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de *stent* convencional ou quimicamente tratado;

XIV – cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, em caso de restauração de função; e

XV – tratamento cirúrgico da obesidade mórbida nos termos da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.766/05, com prévia autorização da Casembrapa.

Parágrafo Primeiro – Os tratamentos de transtornos psiquiátricos serão realizados, sempre que possível, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais, obedecidas as seguintes coberturas:

I – o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por

ano, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para os casos de transtornos psiquiátricos em crise;

II – o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital geral, para os casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que ensejam internação hospitalar;

III – o custeio de 8 (oito) semanas, por ano, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia sendo que, para os diagnósticos de F00 a F09 – transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, F20 a F29 – esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, F70 a F79 – retardo mental e F90 a F98 – transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância e a adolescência, relacionados no CID 10, a cobertura será de 180 (cento e oitenta) dias, por ano, não cumuláveis, observadas, ainda, possíveis alterações a serem implementadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

Parágrafo Segundo – Considera-se acidente pessoal todo evento súbito, externo, involuntário e violento causador de lesão física, não definido pela legislação em vigor, como acidente de trabalho, excluídos os sísmicos de qualquer modalidade.

Art. 23 – Havendo, por indicação médica, a necessidade de prorrogação do tratamento, em regime ambulatorial e/ou hospitalar, dos transtornos psiquiátricos que excedam os limites previstos nos parágrafos primeiros dos Arts. 21 e 22, a responsabilidade financeira pelos atendimentos deverá ser assumida integralmente pelo associado contribuinte.

CAPÍTULO VII - Das urgências e emergências

Art. 24 – O Plano de Assistência Médica, com vistas à execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a alta hospitalar, assegurará o atendimento necessário para os casos de emergência e urgência.

Parágrafo Único – Para os efeitos deste Regulamento, considera-se:

I – 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 independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico;

II – caso de urgência é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional, caracterizado em declaração do médico assistente;

III – atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, a partir de zero hora do dia seguinte ao da inscrição no Plano de Assistência Médica, inclusive para os casos que evoluírem para internação;

IV – atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional da beneficiária que esteja cumprindo carência para parto a termo será garantido, limitado porém em até 12 (doze) horas, em regime ambulatorial, a exemplo do caso de emergência;

V – caso de emergência é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

VI – atendimento de emergência durante o período de carência será garantido apenas até as primeiras 12 (doze) horas, em ambulatório e/ou procedimentos ambulatoriais, a partir de zero hora do dia seguinte ao da inscrição ao Plano de Assistência Médica:

a) em caso de internação (mesmo em tempo menor do que 12 horas) ou se a permanência em ambiente ambulatorial superar esse período, cessará o ônus da Casembrapa, passando a responsabilidade financeira ao beneficiário ou seu representante legal;

b) caso não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário ou seu representante legal e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Casembrapa, desse ônus; e

c) caberá à Casembrapa as despesas com remoção, em ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida do beneficiário, para uma unidade do SUS, visando à continuidade do atendimento;

VII – Estarão sujeitos aos períodos de carência mencionados no *Caput* do inciso VI, e sua alínea "c" do presente artigo, os tratamentos de reabilitação, provenientes dos atendimentos de urgência decorrentes de acidente pessoal; e

VIII – às ocorrências de acidente pessoal e ou casos urgências e emergências ocorridas em localidades onde não existam rede credenciada pela Casembrapa ou rede referenciada, será garantido o ressarcimento das despesas nos termos dos Arts. 28 e 29.

CAPÍTULO VIII - Da remoção

Art. 25 – Exceto para os casos específicos relativos a situações caracterizadas como de urgência ou de emergência, a remoção inter-hospitalar será realizada via terrestre, mediante manifestação do médico assistente que assegure a impossibilidade de locomoção do beneficiário e prévia autorização da Casembrapa.

Art. 26 – Nos atendimentos de urgência e emergência médico-hospitalar, estarão

contemplados os serviços de remoção terrestre para hospital credenciado ou conveniado da rede do SUS (ambulância simples ou por Unidade de Terapia Intensiva móvel) e o transporte entre estabelecimentos hospitalares, dentro da abrangência geográfica definida neste Regulamento de Benefícios.

Parágrafo Primeiro – A cobertura de remoção será garantida depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os suários que estiverem cumprindo carência.

Parágrafo Segundo – Quando não possa haver remoção por risco de vida, ou que o beneficiário esteja cumprindo período de carência, ele ou seu representante legal e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Casembrapa, desse ônus.

Parágrafo Terceiro – Caberá à Casembrapa o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para a unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

Parágrafo Quarto – A Casembrapa disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantia da manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS.

Parágrafo Quinto – Quando o beneficiário ou seu representante legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no parágrafo anterior, a Casembrapa estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo Sexto – Nos atendimentos médico-hospitalares, estarão contemplados os serviços de remoção terrestre, inter-hospitalar, para hospital credenciado ou conveniado da rede do SUS (ambulância simples ou por Unidade de Terapia Intensiva móvel), dentro da abrangência geográfica definida neste Regulamento.

CAPÍTULO IX - Do reembolso de despesas

Art. 27 – No caso de livre escolha, o beneficiário do Plano de Assistência Médica efetuará o pagamento integral das despesas ao profissional ou instituição e apresentará à Casembrapa os devidos comprovantes para fins de reembolso.

Art. 28 – A Casembrapa examinará os pedidos de reembolso obedecendo aos parâmetros e valores estabelecidos nas tabelas de preços ajustados com sua rede credenciada e/ou referenciada de prestadores de serviços, no local e mês do atendimento, limitado a 70% (setenta por cento) da respectiva tabela.

Parágrafo Único – Além dos 70%, previstos no caput, será reembolsado a diferença entre o valor relativo a 30% da respectiva tabela e o valor limite da co-participação do empregado, estabelecido em 20% do seu salário-base, quando este último for menor.

Art. 29 – A concessão de reembolso será efetuada diretamente ao associado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à Casembrapa da seguinte documentação:

I – requerimento preenchido e assinado em impresso padronizado;

II – via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela Casembrapa (recibos ou notas fiscais);

III – conta analítica (fatura) médico-hospitalar, discriminada e detalhada;

IV – relatório médico pormenorizado, indicando a patologia, traumas ou complicações havidas, bem como os procedimentos adotados; e

V – declaração do médico assistente, especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso.

Parágrafo Único – Serão indeferidos os pedidos de reembolso cujos comprovantes contenham emendas ou rasuras, de modo a impossibilitar a exata compreensão de seus termos, bem como aqueles emitidos há mais de 30 (trinta) dias da ocorrência de cada evento.

CAPÍTULO X – Das doenças e lesões preexistentes

Art. 30 – Não será aplicada cobertura parcial temporária ou agravamento de mensalidade em função de doenças ou lesões preexistentes, por se tratar de plano coletivo por adesão com mais de 50 (cinquenta) inscritos, conforme determina a legislação em vigor.

CAPÍTULO XI – Das carências

Art. 31 – Os associados titulares e respectivos dependentes somente farão jus à

cobertura assistencial, definida neste Regulamento de Benefícios, se observados os seguintes períodos de carência, contados da data de início da respectiva inscrição:

I – atendimentos de urgências/emergências – 24 (vinte e quatro) horas;

II – consultas médicas – 60 (sessenta) dias; e

III – demais procedimentos médicos, cirúrgicos e hospitalares – 120 (cento e vinte dias).

Parágrafo Único – A inclusão de novos dependentes de empregados já inscritos no Plano de Assistência Médica não está sujeita a quaisquer carências.

Art. 32 – O empregado – juntamente com os demais dependentes – que, até 30 (trinta) dias da data de admissão pela Embrapa, vierem a requerer a inscrição no PAM não cumprirão os períodos de carência fixados no Artigo anterior.

Art. 33 – Os seguintes casos não se submetem ao cumprimento de períodos de carência:

I – acidentes pessoais; e

II – emergências.

CAPÍTULO XII – Das exclusões

Art. 34 – São os seguintes os procedimentos não cobertos pelo Plano de Assistência Médica:

I – atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas por autoridade competente;

II – exames e tratamentos sem justificativa médica ou que não se destinem ao tratamento de doenças, anomalias ou lesões;

III – despesas com doadores de órgãos, transporte e armazenamento de órgãos para fins de transplante, exceto para casos de rim e córnea;

IV – despesas com acompanhantes, exceto para pacientes portadores de necessidades especiais, menores de 18 e maiores de 60 anos, e despesas extra-hospitalares (telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições, objetos destruídos ou danificados e outras despesas de caráter pessoal ou particular);

V – enfermagem particular em residência ou hospital;

VI – fornecimento de remédios, salvo em regime de internação;

- VII** – permanência hospitalar após alta médica;
- VIII** – interrupção provocada da gravidez e suas conseqüências imediatas e tardias;
- IX** – internação em acomodação diferente da definida neste Regulamento de Benefícios e todas as despesas adicionais daí conseqüentes;
- X** – limpeza de pele;
- XI** – próteses e órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética;
- XII** – exame de paternidade (DNA);
- XIII** – fornecimento de óculos e lentes de contato;
- XIV** – remoção de pacientes de fora ou para fora da área geográfica de cobertura assistencial;
- XV** – tratamento de doenças epidêmicas declaradas por órgão público ou que venham a ultrapassar os índices divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- XVI** – materiais e medicamentos importados, não nacionalizados;
- XVII** – tratamento de rejuvenescimento, convalescença e suas conseqüências;
- XVIII** – tratamento de esterilidade;
- XIX** – transplantes, com exceção de rim e córnea;
- XX** – vacinas preventivas constantes do calendário nacional de imunizações;
- XXI** – aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;
- XXII** – sessão, entrevista, consulta, avaliação ou tratamento de terapia de grupo, teste psicotécnico, ginástica, dança, massagem, ducha, ioga, natação e outros esportes;
- XXIII** – remoção aérea, fluvial ou marítima; exceto nos casos excepcionais de urgência e emergência, mediante manifestação do médico assistente, que assegure a impossibilidade de remoção terrestre e prévia autorização da Casembrapa, poderá ser autorizada a utilização de remoção inter-hospitalar via aérea;

XXIV – cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, inseminação ou fecundação artificial, ginecomastia masculina e abortamento provocado e quaisquer outras internações hospitalares, cuja finalidade não seja a de exclusivo controle da saúde;

XXV – tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ilícito, antiético ou estético, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XXVI – 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;

XXVII – cirurgia de mamoplastia que não tenha por finalidade a recuperação de órgãos e funções;

XXVIII – escleroterapia para fins estéticos;

XXIX – serviços ou tratamentos em locais como: SPA, sanatórios, estação de águas (hidroterapia), casa de repouso ou asilo;

XXX – exame para instruir processo judicial;

XXXI – exames preparatórios para realização de procedimentos não cobertos;

XXXII – atos decorrentes de ilícitos penais;

XXXIII – aparelhos ortopédicos e para a surdez;

XXXIV – aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar, sem a devida justificativa médica e previamente autorizado pela Casembrapa;

XXXV – assistência domiciliar sem a devida justificativa médica e autorização prévia da Casembrapa;

XXXVI – atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica;

XXXVII – especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXXVIII – *check-up*;

XXXIX – despesas com recém-nascidos que não tenham sido inscritos no Plano de Assistência Médica após 30 (trinta) dias da data de nascimento;

XL – demais procedimentos clínicos, cirúrgicos, exames complementares e métodos auxiliares não previstos neste Regulamento de Benefícios;

XLI – inseminação artificial e respectivos exames; e

XLII – Cirurgia bariátrica, exceto o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida conforme os ditames da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.766/05, com prévia autorização da Casembrapa.

CAPÍTULO XIII – Da utilização dos serviços e dos mecanismos de regulação

Art. 35 – Os beneficiários do Plano de Assistência Médica serão atendidos por profissionais ou estabelecimentos de saúde – escolhidos com base disponível no site www.casembrapa.org.br – mediante apresentação da carteira personalizada de identificação, acompanhada de documento de identificação oficial e, quando necessário, da apresentação da guia de atendimento devidamente emitida e assinada pela Casembrapa para cada caso e evento.

Art. 36 – São mecanismos de regulação adotados pela Casembrapa:

I – Perícia Prévia – Exame médico-pericial, com a subsequente emissão do laudo pericial circunstanciado, antecedendo à realização do procedimento solicitado e para seu correto enquadramento de acordo com as normas e benefícios oferecidos pelo Plano de Assistência Médica.

a) A perícia prévia será realizada em todas as situações nas quais exista a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento (exceto nos casos de urgência), de acordo com os benefícios oferecidos pelo Plano de Assistência Médica.

II – Autorização prévia - Análise da solicitação de procedimentos que, para sua realização, necessitem de autorização do Plano de Assistência Médica. Nesse caso será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia, a partir do momento da solicitação; e

III – Porta de entrada – Estrutura de saúde própria ou indicada pela Casembrapa que efetuará o acolhimento do beneficiário com a finalidade de ser resolutivo, contemplando as necessidades apresentadas no caso; ou definir o melhor encaminhamento junto à rede prestadora de serviço para acolhimento da demanda.

Art. 37 – A Casembrapa, na forma do seu Regimento, poderá adotar, como mecanismos de regulação, a autorização prévia para todos os serviços cobertos, exceto para as consultas médicas realizadas com prestadores de serviços próprios ou por ela credenciados, nas especialidades de cirurgia geral, clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, exceto para as urgências e emergências.

Parágrafo Único – Será necessária perícia prévia e/ou autorização prévia sobre os procedimentos quando:

I – houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não seja exposto a algum procedimento além do que cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e benefícios oferecidos pelo Plano de Assistência Médica;

II – forem identificadas distorções ou alterações significativas entre os procedimentos solicitados e os índices de saúde no perfil da população assistida pelo Plano de Assistência Médica;

III – houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização dos benefícios oferecidos pelo Plano de Assistência Médica, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo beneficiário.

Art. 38 – A diferença de valores decorrentes da opção pela acomodação em quarto privativo de padrão superior será de exclusiva responsabilidade do associado, devendo o respectivo pagamento ser feito por ele diretamente ao estabelecimento hospitalar.

Art. 39 – Exceto para a realização de consultas e exames especificados nos incisos I e II, do Art. 21 deste Regulamento de Benefícios, a fim de que possa ter assegurado o direito à cobertura dos demais serviços assistenciais, prestados em regime ambulatorial, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou a outro estabelecimento de saúde, guia de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela Casembrapa.

Art. 40 – As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas a elas vinculadas (sala de operação, instrumental cirúrgico, curativos, alimentação especial, medicamentos de alto custo, entre outros gastos necessários) e os tratamentos clínicos deverão ser previamente autorizados pela Casembrapa mediante apresentação pelo beneficiário de relatório firmado pelo médico assistente contendo indicação do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e prognóstico quanto à sua duração.

Parágrafo Único – O médico assistente poderá solicitar a prorrogação do tempo de internação por intermédio da apresentação tempestiva de laudo conclusivo e fundamentado, indispensável para análise do caso e concessão ou não de autorização para prosseguimento do tratamento.

Art. 41 – As solicitações de autorização de internações eletivas, sobretudo as com finalidade de terapêutica cirúrgica, deverão ser analisadas previamente pela Casembrapa, a quem caberá emissão de parecer.

Parágrafo Primeiro – A Casembrapa poderá solicitar ao beneficiário que requisite ao seu médico assistente maiores subsídios técnicos acerca da indicação para os procedimentos propostos.

Parágrafo Segundo – Solicitação idêntica à referida no parágrafo anterior poderá ser requisitada ao beneficiário relativamente à autorização das cirurgias e demais procedimentos ambulatoriais.

Parágrafo Terceiro – Havendo divergência entre o parecer emitido pelo perito médico da Casembrapa e a indicação do tratamento proposto pelo médico assistente, será autorizado que o desempate se dê por intermédio de um terceiro médico, escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a Casembrapa, devendo esta arcar com as despesas decorrentes de tal intervenção.

Parágrafo Quarto – A Casembrapa não autorizará a realização de internações quando requisitadas na véspera de procedimentos eletivos, salvo quando a situação clínica do paciente assim o exigir.

Art. 42 – As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas à Casembrapa até o 1º (primeiro) dia útil subsequente, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração firmada pelo médico assistente, a fim de que seja emitida a guia correspondente, sob pena da não cobertura das despesas.

Art. 43 – Ao ser atendido, o beneficiário deverá conferir, assinar e datar a respectiva guia dos serviços prestados, sendo responsável, portanto, pela exatidão das informações delas constantes.

CAPÍTULO XIV – Das participações nas despesas

Art. 44 – Pautada no sistema de livre escolha dirigida, a utilização das coberturas previstas no Plano de Assistência Médica impõe aos associados as seguintes participações financeiras relativas aos atendimentos com sua pessoa e de seus dependentes:

I – A participação financeira do associado titular nas despesas médico-hospitalares será de 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a 20% (vinte por cento) do salário-base por evento, e terá como base para cálculo 30% (trinta por cento) dos valores pagos pela Embrapa aos prestadores de serviços, e para cálculo dos 20% (vinte por cento) o salário base dos mês de faturamento à Embrapa.

II - Na internação: diária de internação no valor de R\$ 165,00 (cento e sessenta e cinco reais), com cobrança máxima de 10 (dez) diárias por internação.

§ 1º - Serão considerados procedimentos ambulatoriais todos aqueles que não demandem internação, ainda que realizados em ambiente hospitalar, como, por exemplo, Day Clinic.

II – O desconto mensal da participação do associado titular nas despesas médico-hospitalares não poderá exceder a 20% (vinte por cento) do salário base do empregado do mês do desconto.

III – No caso de ex-empregado, viúvo(a), tutor ou curador, e órfão maior, será considerado como salário-base, para cálculo da sua participação nas despesas, o valor da referência equivalente àquela na qual se encontrava enquadrado o ex-empregado da Embrapa na época do seu desligamento ou de falecimento.

CAPÍTULO XV – Das contribuições e das formas de pagamento

Art. 45 – A contribuição mensal dos associados titulares relativa à cobertura assistencial oferecida pelo Plano de Assistência Médica para si e respectivos dependentes será de 3% (três por cento) sobre o salário-base.

Parágrafo Primeiro – No caso de ex-empregado, será considerado como salário-base o valor da referência equivalente àquela na qual se encontrava enquadrado na época do seu desligamento.

Parágrafo Segundo – A contribuição patronal devida pelo ex-empregado participante do Plano será definida anualmente pela Casembrapa, tendo como base a participação financeira da patrocinadora.

Art. 46 – A participação financeira da patrocinadora Embrapa será definida conforme convênio celebrado entre as partes.

Art. 47 – O recebimento do valor das contribuições e de outras obrigações financeiras será realizado, a critério da Casembrapa, mediante:

I – desconto em folha de pagamento;

II – débitos em conta corrente bancária e boletos de cobrança; e

III – outras formas de cobrança.

Art. 48 – Os valores pagos com atraso serão cobrados com acréscimo de encargos financeiros na ordem de 2% (dois por cento) de multa e juros de 1% (um por cento) ao mês ou fração.

CAPÍTULO XVI – Das disposições gerais

Art. 49 – Na hipótese de representação formulada contra beneficiário do Plano de Assistência Médica por parte de prestadores de serviços, em virtude de conduta reprovável ou cometimento de atos hostis ou ilícitos, a Diretoria-Executiva da

Casembrapa terá a competência para apurar e adotar as medidas administrativas visando à solução do caso.

Art. 50 – A vigência da cobertura assistencial prevista neste Regulamento de Benefícios de 12 (doze) meses, renovada automaticamente pelos mesmos períodos, sem cobrança de taxa de renovação, salvo manifestação em contrário, por escrito, do associado.

Art. 51 – A Diretoria-Executiva da Casembrapa expedirá normas complementares visando à operacionalização deste Regulamento de Benefícios.

Art. 52 – Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regulamento serão decididos pelo Conselho de Administração da Casembrapa, mediante homologação pela patrocinadora.

Art. 53 – No caso de extinção do plano de saúde por deliberação do Conselho de Administração da Casembrapa, os beneficiários serão transferidos para outro plano de saúde oferecido pela própria operadora ou por outra que venha a ser constituída ou contratada pela Embrapa.

Art. 54 – O presente Regulamento contempla as alterações aprovadas pelo Conselho de Administração da Casembrapa na reunião ocorrida no dia 07/07/2016.

Brasília, 07 de julho de 2016.

GLOSSÁRIO

Acidente pessoal – É o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torna necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do associado, dependente ou agregado familiar, nos limites fixados neste Regulamento de Benefícios.

Alimentação especial – Alimentação na qual o paciente deve se submeter por causa de seu quadro clínico, por indicação médica. Duas são as principais dietas: a) as introduzidas através de sondas, chamadas enterais; ou b) através de veia central por cateter, chamadas paraenterais.

Análise e aceitação da inscrição – É a análise feita pela Casembrapa da Ficha de Inscrição do Plano de Assistência Médica, aceitando ou recusando o ingresso de associados, de acordo com o que dispõem o Estatuto Social e o Regulamento de Benefícios.

Associado – É aquele que propõe sua inscrição e de seus dependentes no Plano de Assistência Médica, mediante pagamento de contribuição mensal.

Atendimento ambulatorial – Atendimento de pequenos procedimentos realizados em ambulatório, exceto consultas.

Beneficiário – É aquele assistido pelo Plano de Assistência Médica da Casembrapa (associado, dependente e agregado familiar).

Carência – Período de tempo durante o qual os beneficiários não têm direito ao gozo de determinadas coberturas assistenciais.

Cobertura assistencial – Conjunto de procedimentos médicos e hospitalares descritos neste Regulamento de Benefícios.

Consulta médica – Atendimento realizado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em consultório e/ou ambulatório, de caráter eletivo ou emergencial.

Contribuição – Contraprestação pecuniária mensal prestada pelos associados da Casembrapa para manutenção da assistência de si própria e de seus dependentes.

Co-participação – Mecanismo de regulação previsto na legislação dos planos privados de assistência à saúde. Parcela desembolsada pelo associado – de valor fixo ou percentual – referente à realização de determinado procedimento previsto neste Regulamento de Benefícios.

Emergência – Evento que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. Para a caracterização da emergência, a Casembrapa poderá exigir a apresentação de relatório e de exames complementares.

Exames complementares de alto custo – Exames com ou sem internação, tais como: ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, radiologia intervencionista (estudos hemodinâmicos), dopplerfluxometria colorida, medicina nuclear, laparoscopia diagnóstica e exames genéticos.

Exames complementares de baixo custo – Exames complementares, com ou sem internação, não incluídos nos exames complementares de alto custo.

Extinção do direito – É a perda do direito de permanecer no Plano de Assistência Médica ocasionada pela prática de infrações previstas neste Regulamento de Benefícios.

Ficha de inscrição – É o documento destinado ao ingresso do associado e demais beneficiários no Plano de Assistência Médica da Casembrapa.

Guia de credenciados – É a relação de prestadores de serviços na área de assistência à saúde suplementar (profissionais da área de saúde, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos) colocada à disposição dos beneficiários.

Inquérito administrativo/processo – Investigação que visa a apurar irregularidades praticadas por beneficiário (associado, dependente ou agregado familiar). Considera-se irregularidade qualquer evento em que seja comprovado dolo, fraude, má-fé ou embaraço a qualquer exame, diligência ou perícia necessária ao resguardo dos interesses da Casembrapa.

Internação em CTI/UTI – Internação do paciente em ambiente definido para cuidados intensivos.

Internação em enfermaria – Internação do paciente em ambiente não exclusivo – quarto coletivo, e com banheiro comum.

Internação hospitalar cirúrgica – Período durante o qual o beneficiário fica hospitalizado com a finalidade de realizar um procedimento cirúrgico, compreendendo o pré-operatório, o ato cirúrgico e o pós-operatório imediato.

Internação hospitalar clínica – Permanência em leito hospitalar para fins de tratamento não-cirúrgico.

Internação hospitalar programada (eletiva) – É a internação hospitalar para tratamento cirúrgico ou não que, não sendo urgente ou de emergência, pode ser programada, com antecedência, pelo médico assistente.

Leito de alta tecnologia – Unidade de terapia intensiva, unidade de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidade intermediária, unidade coronariana, unidade de tratamento de pacientes queimados e unidade de isolamento.

Limites de reembolso – Valores máximos pagos pela Casembrapa pela realização de

serviços cobertos pelo Plano de Assistência Médica, de acordo com as tabelas de preços ajustadas com a rede credenciada.

Livre escolha – Atendimento por prestadores de serviços não credenciados mediante reembolso parcial ou total das despesas, em virtude da inexistência de rede contratada pela Casembrapa no local de atendimento.

Procedimentos de alta complexidade – Tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, angiografias (digitais ou não), bioimpedanciometria, ecocardiogramas, quimioterapia, litotripsia, radioterapias, braquiterapias, eletroencefalografias, "tilt tests" e seus derivados, polissonografias, endoscopias (digestivas alta e baixa, laparoscópicas, pleuroscópicas, cardíacas, otorrinolaringológicas), testes de função pulmonar, holters de pressão arterial e frequência, hemodiálises, diálises peritonais e hemodiafiltrações, estudos cardíacos hemodinâmicos (cateterismo), estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), estudos ultra-sonográficos invasivos, câmara hiperbárica e monitorização de pressão intracraniana.

Procedimentos de grande risco – Compreendem todos os procedimentos médicos, clínicos ou cirúrgicos que requeiram internação hospitalar.

Procedimentos de pequeno risco – Compreendem todos os procedimentos de consultas médicas e exames complementares simples ou especializados, que não requeiram internação hospitalar.

Plano de Assistência Médica – É o programa de assistência médico-hospitalar oferecido pela Casembrapa aos seus associados titulares e respectivos dependentes.

Proposta de inscrição – Parte integrante do Regulamento de Benefícios, é o documento formal e legal, preenchido e assinado pelo beneficiário titular para seu próprio ingresso e de seus dependentes no Plano de Assistência Médica.

Reajuste financeiro – Índice de atualização do valor da contribuição mensal, com base nos índices inflacionários ocorridos num determinado período (geralmente 12 meses), com o fim de recompor o poder de compra dos serviços assistenciais.

Reajuste técnico – Índice de atualização do valor da contribuição mensal com base nos elementos componentes de planilha de custos para manutenção do equilíbrio financeiro do Plano de Assistência Médica.

Reembolso – É o pagamento parcial ou total de despesas efetuadas pelo associado, dentro dos limites de cobertura assistencial, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

Remoção – Transporte em ambulância simples ou UTI móvel, via terrestre.

Retorno de consulta – É qualquer encontro entre médico e paciente para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares ou exclusivamente para prescrição de medicamentos. O retorno não é coberto pelo Plano de Assistência Médica quando ocorrer após 15 (quinze) dias contados a partir da consulta inicial.

Suspensão do direito à assistência – É o período durante o qual os beneficiários não poderão se utilizar da cobertura assistencial oferecida pela Casembrapa, sob pena de assumirem integralmente as despesas não autorizadas ou realizadas de forma indevida.

Terapias – Atendimento de procedimentos de hemoterapia, radioterapia, quimioterapia e terapia renal substituta (CAPD e hemodiálise).

Urgência – Eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, assim caracterizados por laudo médico circunstanciado.

Anexo I

Plano de custeio (Vigência agosto de 2017 a julho de 2018)

Art. 1º - Considerando o reajuste anual aprovado pelo Conselho de Administração da Casembrapa na reunião ocorrida no dia 31/08/2017, ficam revistos os montantes de contribuição mensal e de coparticipação previstos no Capítulo XIV – Das participações nas despesas e no CAPÍTULO XV – Das contribuições e das formas de pagamento do Regulamento, conforme abaixo segue:

I - Contribuição mensal:

- a) Contribuição mensal do associado ativo: 4% (quatro por cento) do salário-base / por grupo familiar;
- b) Contribuição mensal da Patrocinadora para os associados ativos e seus dependentes: R\$ 225,13 (duzentos e vinte e cinco reais e treze centavos) per capita; e
- c) Contribuição mensal do associado assistido (ex-empregado, empregado com contrato de trabalho suspenso e dependente mantido no plano de saúde após o óbito do titular): 4% (quatro por cento) do salário-base / por grupo familiar acrescida da parcela de responsabilidade da Patrocinadora / per capita.

II – Coparticipações:

- a) Procedimentos ambulatoriais, inclusive aqueles realizados em ambiente hospitalar: 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a cobrança de 20% do salário-base por evento;
- b) Internação: diária de internação no valor de R\$ 210,00 (duzentos e dez reais), com cobrança máxima de 10 (dez) diárias por internação; e
- c) Internação psiquiátrica: 30% (trinta por cento) do custo final de cada internação, limitado a cobrança de 20% do salário-base por internação, observando as regras do § 1º do art. 22.

§ 1º - Serão considerados procedimentos ambulatoriais todos aqueles que não demandem internação, ainda que realizados em ambiente hospitalar, como, por exemplo, Day Clinic.

§ 2º - O valor previsto no inciso II, “b” poderá ser atualizado anualmente, em virtude dos resultados das avaliações atuariais do Plano.

§ 3º - Exclusivamente para fins de cobrança, o desconto mensal da coparticipação do associado titular e de seus dependentes, referente aos procedimentos ambulatoriais, não poderá exceder a 20% (vinte por cento) do salário base do empregado do mês do desconto, ficando o débito remanescente para desconto nos meses subsequentes,

respeitado esse limite. Não há limites para a cobrança da coparticipação na internação.

§ 4º - No caso de ex-empregado e de responsável financeiro, será considerado como salário-base, para cálculo do limite previsto no parágrafo precedente, a referência salarial a que se encontrava enquadrado o ex-empregado da Patrocinadora, na época do seu desligamento ou de falecimento, devidamente atualizada, anualmente, pelos índices de correção salarial das respectivas patrocinadoras, em decorrência de Convenção Coletiva de Trabalho.

Art. 2º - Este plano de custeio entra em vigor em agosto de 2017.

Anexo II

Plano de custeio (Vigência agosto de 2018 a julho de 2019)

Art. 1º - Considerando o reajuste anual aprovado pelo Conselho de Administração da Casembrapa na reunião ocorrida no dia 12/06/2018, ficam revistos os montantes de contribuição mensal e de coparticipação previstos no Capítulo XIV – Das participações nas despesas e no CAPÍTULO XV – Das contribuições e das formas de pagamento do Regulamento, conforme abaixo segue:

I - Contribuição mensal:

- d) Contribuição mensal do associado ativo: 5,19% (cinco inteiros e dezenove centésimos por cento) do salário-base / por grupo familiar;
- e) Contribuição mensal da Patrocinadora para os associados ativos e seus dependentes: R\$ 292,03 (duzentos e noventa e dois reais e três centavos) per capita; e
- f) Contribuição mensal do associado assistido (ex-empregado, empregado com contrato de trabalho suspenso e dependente mantido no plano de saúde após o óbito do titular): 5,19% (cinco inteiros e dezenove centésimos por cento) do salário-base / por grupo familiar acrescida da parcela de responsabilidade da Patrocinadora / per capita.

II – Coparticipações:

- d) Procedimentos ambulatoriais, inclusive aqueles realizados em ambiente hospitalar: 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado a cobrança de 20% do salário-base por evento;
- e) Internação: diária de internação no valor de R\$ 272,50 (duzentos e setenta e dois reais e cinquenta centavos), com cobrança máxima de 10 (dez) diárias por internação; e
- f) Internação psiquiátrica: 30% (trinta por cento) do custo final de cada internação, limitado a cobrança de 20% do salário-base por internação, observando as regras do § 1º do art. 22.

§ 1º - Serão considerados procedimentos ambulatoriais todos aqueles que não demandem internação, ainda que realizados em ambiente hospitalar, como, por exemplo, Day Clinic.

§ 2º - O valor previsto no inciso II, "b" poderá ser atualizado anualmente, em virtude dos resultados das avaliações atuariais do Plano.

§ 3º - Exclusivamente para fins de cobrança, o desconto mensal da coparticipação do associado titular e de seus dependentes, referente aos procedimentos ambulatoriais, não

poderá exceder a 20% (vinte por cento) do salário base do empregado do mês do desconto, ficando o débito remanescente para desconto nos meses subsequentes, respeitado esse limite. Não há limites para a cobrança da coparticipação na internação.

§ 4º - No caso de ex-empregado e de responsável financeiro, será considerado como salário-base, para cálculo do limite previsto no parágrafo precedente, a referência salarial a que se encontrava enquadrado o ex-empregado da Patrocinadora, na época do seu desligamento ou de falecimento, devidamente atualizada, anualmente, pelos índices de correção salarial das respectivas patrocinadoras, em decorrência de Convenção Coletiva de Trabalho.

Art. 2º - Este plano de custeio entra em vigor em agosto de 2018.