



REGULAMENTO
SANE  SAÚDE
QUALIDADE E SEGURANÇA

2017

ÍNDICE

CAPÍTULO I	
SEÇÃO I – DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE AUTOGESTÃO.....	4
SEÇÃO II – DA QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE.....	4
SEÇÃO III – DO NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS ..	5
SEÇÃO IV – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO	5
SEÇÃO V – DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	5
SEÇÃO VI – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	5
SEÇÃO VII – DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO.....	5
CAPÍTULO II	
DO OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO.....	6
CAPÍTULO III	
DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO NO PLANO	6
CAPÍTULO IV	
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	10
SEÇÃO I – DA COBERTURA AMBULATORIAL	10
SEÇÃO II – DA COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	13
SEÇÃO III – DA COBERTURA ODONTOLÓGICA	17
SEÇÃO IV – DA COBERTURA DA SAÚDE MENTAL	21
SEÇÃO V – DA COBERTURA DOS TRANSPLANTES.....	22
CAPÍTULO V	
EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	23
CAPÍTULO VI	
PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	26
CAPÍTULO VII	
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	27
CAPÍTULO VIII	
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	27
CAPÍTULO IX	
REMOÇÃO	29
CAPÍTULO X	
ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	29
SEÇÃO I – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	29
SEÇÃO II – DO REEMBOLSO.....	30
CAPÍTULO XI	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	32
SEÇÃO I – DA COPARTICIPAÇÃO	32
SEÇÃO II – DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS	33
SEÇÃO III – DA REDE CREDENCIADA	33
SEÇÃO IV – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO	35
CAPÍTULO XII	
SEÇÃO I – DA FORMAÇÃO DO PREÇO	37
SEÇÃO II – DA RESERVA, DOS FUNDOS E DAS PROVISÕES.....	38
CAPÍTULO XIII	
PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL E COPARTICIPAÇÃO.....	39
CAPÍTULO XIV	
SEÇÃO I – DO REAJUSTE	40
SEÇÃO II – DO REAJUSTE POR AUMENTO DE SINISTRALIDADE	40

CAPÍTULO XV	
FAIXAS ETÁRIAS	41
CAPÍTULO XVI	
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	42
DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO SANESAÚDE PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADO PELO INSS	42
CAPÍTULO XVII	
CONDIÇÕES DA PERDA E DO REINGRESSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	44
CAPÍTULO XVIII	
RESCISÃO	46
CAPÍTULO XIX	
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	47
SEÇÃO I – INTERNAÇÕES DOMICILIARES (HOME CARE)	47
SEÇÃO II - IMPLANTODONTIA	49
SEÇÃO III – PRÓTESE ODONTOLÓGICA	50
SEÇÃO IV – DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA ORTODONTIA	50
SEÇÃO V – REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL - RPG	51
SEÇÃO VI - HIDROTERAPIAS	51
CAPÍTULO XX	
DISPOSIÇÕES GERAIS	51
SEÇÃO I – DAS OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS	51
SEÇÃO II – DAS OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO SANEPAR	52
SEÇÃO III – DAS OBRIGAÇÕES DAS PATROCINADORAS	52
SEÇÃO IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	53
CAPÍTULO XXI	
ELEIÇÃO DE FORO	53
CAPÍTULO XXII	
VIGÊNCIA DO REGULAMENTO	54
ANEXO I	
GLOSSARIO	56

CAPÍTULO I

Seção I – DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE AUTOGESTÃO

Art. 1º - FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, doravante designada FUNDAÇÃO SANEPAR, pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 77.375.897/0001-62, operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão patrocinada e sem mantenedor, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº. 33.864-8, com sede em Curitiba – PR, situada na Rua Ébano Pereira, nº. 309, Centro.

Seção II – DA QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Art. 2º - São Patrocinadoras do SaneSaúde:

I) Razão Social: Companhia de Saneamento do Paraná – SANEPAR.
CNPJ: 76.484.013/0001-45.
Endereço: Rua Engenheiros Rebouças, 1.376.
Bairro: Rebouças, CEP: 80.215-900.
Cidade: Curitiba – PR.

II) Razão Social: Fundação Sanepar de Previdência e Assistência Social – FUSAN.
CNPJ: 75.992.438/0001-00.
Endereço: Rua Ébano Pereira, 309.
Bairro: Centro, CEP: 80.410-240.
Cidade: Curitiba – PR.

III) Razão Social: Fundação Sanepar de Assistência Social.
CNPJ: 77.375.897/0001-62.
Endereço: Rua Ébano Pereira, 309.
Bairro: Centro, CEP: 80.410-240.
Cidade: Curitiba – PR.

IV) Razão Social: C.S. Bioenergia S/A.
CNPJ: 20.595.947/0001-08.
Endereço: Rua Heitor Stockler de França, 396, sala 1910.
Bairro: Centro Cívico, CEP: 80.030-030.
Cidade: Curitiba – PR.

Seção III – DO NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Art. 3º - O nome comercial do Plano é SaneSaúde, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº: 400.502/98-3, a partir de 29/12/1998.

Seção IV – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

Art. 4º - O contrato firmado é do tipo **COLETIVO EMPRESARIAL**.

Seção V – DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Art. 5º - O tipo de segmentação assistencial do contrato firmado entre as partes é: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia.

Seção VI – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Art. 6º - A abrangência geográfica do SaneSaúde, cuja área em que a FUNDAÇÃO SANEPAR fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Beneficiário, limita-se ao Estado do Paraná, em todos os seus municípios.

Seção VII – DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 7º - As internações hospitalares serão efetuadas em apartamento com banheiro privativo, com direito a UM acompanhante para pernoite, sem cobertura para a alimentação deste, salvo na hipótese do artigo 21, IV, deste Regulamento.

§1º. No caso de inexistência das acomodações previstas no *caput* deste artigo fica assegurada internação em acomodações superiores, se houver, sem custos adicionais, conforme estabelece o art. 33 da Lei nº 9.656/98.

§2º. Os Beneficiários poderão optar por acomodações de nível superior ao previsto no *caput* deste artigo. Neste caso, ficarão obrigados a pagar diretamente aos médicos assistentes e anestesistas as diferenças de

honorários médicos e, diretamente ao hospital, as diferenças com as despesas hospitalares.

CAPÍTULO II

DO OBJETO E NATUREZA DO CONTRATO

Art. 8º - O SaneSaúde é um plano de assistência à saúde, sem mantenedor, patrocinado e administrado pela FUNDAÇÃO SANEPAR, operadora classificada na modalidade de autogestão, e devidamente aprovado pela Companhia de Saneamento do Paraná – SANEPAR, Patrocinadora Instituidora e tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º, da Lei 9656/1998, visando a cobertura de serviços de assistência médica hospitalar e odontológica, de todo o Rol de Procedimentos editado pela ANS e com cobertura para todas as doenças descritas no CID-10, pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais ou serviços de saúde, integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada, aos seus Beneficiários abrangidos por este contrato, quando atingidos por eventos mórbidos e aleatórios.

§ 1º - O SaneSaúde rege-se pelo presente Regulamento, por instruções e outros atos que forem baixados pelos órgãos competentes de sua administração e pela legislação a ele aplicável.

§ 2º - Seus Beneficiários, no ato da adesão, expressarão pleno conhecimento e concordância com os termos de seu Regulamento.

Art. 9º - O presente Regulamento traça as diretrizes do SaneSaúde, com característica de contrato de adesão, revestindo-se, portanto, de bilateralidade, gerando direitos e obrigações para as partes, em consonância com o disposto nos artigos 472, 475 a 477, todos do Código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo os Beneficiários, o risco de não existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da FUNDAÇÃO SANEPAR em garanti-la.

Art. 10 - Este Regulamento se sujeita também às normas estatuídas pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e à legislação específica que vier a sucedê-la.

CAPÍTULO III

DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO NO PLANO

Art. 11 - O SaneSaúde destina-se às pessoas vinculadas às Patrocinadoras por relação empregatícia ou estatutária, a seus administradores, aos demitidos

ou aposentados, que tenham sido a elas vinculadas anteriormente, ressalvado o disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, bem como aos seus dependentes, obedecendo ao disposto no artigo 2º, inciso *III*, da RN 137/2006, alterada pela RN nº 148/2007, e no artigo 5º *caput* e parágrafo 1º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009, bem como às que vierem a alterá-las.

§1º - A adesão ao SaneSaúde é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento.

§2º - A adesão do grupo familiar dependerá da inscrição e participação do Beneficiário Titular no SaneSaúde.

Art. 12 - Os Beneficiários classificam-se em:

I - Beneficiários Titulares: aqueles que se encontram em uma das seguintes condições:

- a)** empregados em atividade nas Patrocinadoras;
- b)** aposentados das Patrocinadoras, desde que a aposentadoria junto ao INSS tenha sido concedida enquanto empregado de uma das Patrocinadoras, com exceção ao constante no §2º deste artigo;
- c)** pensionistas das Patrocinadoras;
- d)** diretores, membros dos Conselhos de Administração e Fiscal, e demais administradores das Patrocinadoras, que não possuam vínculo empregatício com as mesmas;
- e)** pessoas elencadas nas alíneas “a” e “d”, que em decorrência de exoneração ou de rescisão do contrato de trabalho por demissão sem justa causa que venham a fazer opção pela permanência no SaneSaúde, por meio de requerimento formalizado, desde que, além de suas contribuições mensais, assumam o pagamento integral das contribuições da Patrocinadora, observando o constante nos artigos 88 e 89 deste Regulamento.

II - Beneficiários Dependentes: são dependentes diretos dos Beneficiários Titulares, desde que devidamente inscritos no SaneSaúde:

- a)** cônjuge ou companheiro (a);
- b)** filho solteiro até 21 anos incompletos ou até 24 anos incompletos, desde que estudante universitário, mediante comprovação anual;
- c)** filho solteiro com invalidez permanente;
- d)** filho solteiro designado, maior de 21 anos ou 24 anos incompletos, conforme previsto no §5º do artigo 90;
- e)** menor sob guarda ou tutela, até 21 anos incompletos ou idade inferior determinada pelo juízo, mediante comprovação em sentença judicial;
- f)** filho adotivo solteiro, até 21 anos incompletos ou até 24 anos incompletos, desde que estudante universitário, mediante comprovação anual;
- g)** enteado solteiro, até o limite de idade estipulado para o filho, mediante comprovação através de documento legal.

§1º - Nos casos em que o cônjuge também seja empregado da mesma ou de outra Patrocinadora, ele poderá ser inscrito como dependente, não lhe cabendo a opção de titularidade, para fins de cadastro e contribuição.

§2º - Não se considera aposentado para fins deste Regulamento, o empregado da Patrocinadora que estiver na condição de “aposentado por invalidez”, vez que este poderá recuperar sua capacidade laborativa e retornar ao trabalho.

§3º - Se o Beneficiário solicitar a aposentadoria junto ao INSS e esta não for concedida até a data da rescisão do contrato de trabalho sem justa causa com a Patrocinadora, o mesmo, optando, poderá permanecer no SaneSaúde na condição de Beneficiário Autopatrocinado, arcando com a totalidade das contribuições mensais.

§4º - O Beneficiário Autopatrocinado que obtiver a concessão da aposentadoria, cuja data seja anterior à data da rescisão do contrato de trabalho sem justa causa com a Patrocinadora, poderá solicitar a alteração para Beneficiário Aposentado, respeitado o contido no §7º do Art. 90 deste Regulamento, não lhe cabendo direito ao reembolso da diferença dos valores pagos a este título enquanto permaneceu inerte e inscrito na condição de Beneficiário Autopatrocinado.

Art. 13 - A inscrição no SaneSaúde como Beneficiário Titular ou Dependente é condição essencial à obtenção dos benefícios assegurados por este Regulamento.

Parágrafo Único - O Beneficiário Titular é responsável pela inscrição e pelos atos praticados por seus dependentes.

Art. 14 - A adesão ao SaneSaúde é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento, por meio da formalização e assinatura do Termo de Adesão, e implica na autorização para desconto em folha de pagamento, débito em conta corrente ou boletos bancários, referente às contribuições mensais e percentuais da coparticipação, enquanto permanecer inscrito no plano.

Art. 15 - A inscrição dos dependentes compete ao Beneficiário Titular, que deverá fazê-la por meio da formalização e assinatura do Termo de Adesão, devendo apresentar na ocasião os seguintes documentos:

I - cônjuge: certidão de casamento, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde;

II - companheiro(a): declaração pública de vida em comum registrada em cartório, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde.

a) Beneficiário Titular Solteiro(a): declaração pública de vida em comum registrada em cartório, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde do(a) companheiro(a);

b) Beneficiário Titular Divorciado(a) ou Separado(a): certidão de casamento com averbação do divórcio/separação, declaração pública de vida em comum registrada em cartório, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde do(a) companheiro(a).

III - filho solteiro:

- a) filho solteiro até 21 anos incompletos:** certidão de nascimento, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde;
- b) filho solteiro, maior de 21 até 24 anos incompletos, se estudante universitário:** certidão de nascimento, RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde e declaração de matrícula, comprovada anualmente.

IV - filho solteiro inválido: comprovação através de laudo do médico assistente, com parecer favorável do médico perito da FUNDAÇÃO SANEPAR, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde;

V - filho designado: certidão de nascimento, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde;

VI - menor sob guarda ou tutela: termo de guarda ou tutela do menor onde conste o nome do Beneficiário Titular como tutor ou responsável pelo mesmo, através de comprovação judicial, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde;

VII - filho adotivo: comprovação judicial da adoção;

VIII - enteado: certidão de nascimento, acompanhada de certidão de casamento do Beneficiário Titular com a mãe ou pai do menor, ou declaração pública de vida em comum registrada em cartório, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde;

IX - pensionista: carta de concessão de pensão expedida pelo INSS, certidão de óbito do Beneficiário Titular, RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde.

§1º. Não será permitida a inclusão de um segundo cônjuge ou companheiro quando houver um primeiro já cadastrado junto ao SaneSaúde.

§2º. A inscrição de filho inválido deverá ocorrer até a idade limite de 21 anos incompletos, ou até 24 anos incompletos, se estudante universitário.

§3º. A inclusão de cônjuge recém-casado e de filho recém-nascido, natural ou adotivo do Beneficiário Titular, será imediata e isenta do cumprimento de carências, desde que os documentos comprobatórios sejam encaminhados à FUNDAÇÃO SANEPAR num prazo de até QUARENTA E CINCO dias após o casamento ou o nascimento do filho. Findo este prazo, os inscritos estarão sujeitos às carências previstas no artigo 30 deste Regulamento.

§4º. Serão considerados como elegíveis ao SaneSaúde, para realizar sua inscrição no plano, os empregados que já tiverem cumprido o período de experiência estabelecido no contrato de trabalho com as Patrocinadoras, à exceção do empregado já inscrito no SaneSaúde e aprovado em concurso público ou processo seletivo para novo cargo nas Patrocinadoras.

§5º. O(a) pensionista não poderá inscrever novos dependentes no SaneSaúde, além dos já inscritos até a data do óbito do Beneficiário Titular, salvo nos casos da gestação em curso, comprovada por laudos médicos.

§6º. Os Beneficiários Titulares, que em decorrência de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, poderão optar pela permanência no SaneSaúde por meio de requerimento formalizado. O período assegurado será

equivalente a UM TERÇO do tempo de sua permanência no plano. O prazo mínimo assegurado será de SEIS meses e no máximo de VINTE E QUATRO meses. Independentemente do tempo, o Beneficiário terá que assumir o pagamento integral das suas contribuições mensais e das contribuições da Patrocinadora. Durante o mesmo período, os seus dependentes, terão assegurado o mesmo direito, inclusive em caso de morte do Beneficiário Titular.

Art. 16 - A concessão de benefícios, sem cumprimento das carências, somente se dará durante os primeiros QUARENTA E CINCO dias decorridos:

- I* - da data de nascimento, se recém-nascido, ou
- II* - da adoção de filho com idade inferior a DOZE anos.

Art. 17 - Sempre caberá ao Beneficiário Titular a disponibilização das carteiras do SaneSaúde aos seus dependentes, que deverá ser emitida na página eletrônica www.fundacaosanepar.com.br na área do Autoatendimento.

CAPÍTULO IV

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 18 - O SaneSaúde assegurará aos Beneficiários, respeitados os prazos de carência, exclusões e coberturas estabelecidas neste Regulamento, a cobertura para os procedimentos ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares, listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aplicando-se, ainda, as diretrizes de utilização para coberturas estabelecidas nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Parágrafo Único - O atendimento será assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da FUNDAÇÃO SANEPAR e os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

SEÇÃO I – DA COBERTURA AMBULATORIAL

Art. 19 - Ao Beneficiário, serão asseguradas às coberturas a procedimentos e eventos em saúde decorrentes de atendimentos ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- I** - cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II** - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III** - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência;
- IV** - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como Urgência ou Emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- V** - cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, limitadas a VINTE E QUATRO por ano de contrato;
- VI** - cobertura de consultas ou sessões com fonoaudiólogo, limitadas a NOVENTA E SEIS por ano de contrato;
- VII** - cobertura de consultas ou sessões com psicólogo, limitadas a NOVENTA E SEIS por ano de contrato;
- VIII** - cobertura de consultas ou sessões com terapeuta ocupacional, limitadas a NOVENTA E SEIS por ano de contrato;
- IX** - cobertura de psicoterapia que poderá ser realizada tanto por psicólogos como por médicos devidamente habilitados, limitadas a QUARENTA E OITO por ano de contrato;
- X** - cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física que podem ser realizados tanto por fisiatras como por fisioterapeutas, em número ilimitado de sessões por ano, conforme solicitação médica;
- XI** - cobertura das ações de planejamento familiar;
- XII** - cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;
- XIII** - cobertura de quimioterapia ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- XIV** - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:
- a)** medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade, e designado

pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

- b)** medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

XV - cobertura dos procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial;

XVI - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a DOZE horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;

XVII - cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XVIII - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

XIX - acupuntura, sendo que acima das DEZ primeiras sessões, estas deverão ser previamente autorizadas pela FUNDAÇÃO SANEPAR;

XX - fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, observando o Protocolo de Utilização - PROUT, estabelecido pela ANS.

§1º. Para fins da cobertura prevista no inciso XI, observar-se-ão as seguintes definições:

- a)** planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;
- b)** concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- c)** anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
- d)** atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos Beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;
- e)** aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto;
- f)** atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

§ 2º. Para efeitos do disposto no inciso I deste artigo, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

Art. 20 - O SaneSaúde dará cobertura às consultas médicas para seus Beneficiários, as quais serão realizadas em consultório de médico credenciado, referenciado ou em clínica médica, escolhidos entre os inscritos na rede credenciada ou referenciada, em horário normal de consulta, e previamente agendadas.

§1º. As consultas médicas poderão ser fiscalizadas com o fim de coibir abusos.

§2º. Quando se tratar de médico credenciado ou referenciado, o Beneficiário gozará de livre escolha entre estes.

SEÇÃO II – DA COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 21 - Ao Beneficiário serão asseguradas às coberturas de despesas médico-hospitalares com obstetrícia, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

I – cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II – cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao Beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as diretrizes de utilização estabelecidas no anexo II da Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015;

III – despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

IV – cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) idosos a partir de 60 anos de idade;

c) pessoas com deficiência;

d) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências a critério do médico.

V – cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os seguintes critérios:

- a)** que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b)** que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, respeitando-se a segmentação contratada.

VI - atendimentos obstétricos relacionados à gestação, partos normais, cesarianas, e complicações do processo gestacional, desde que observados os princípios de ética médica, bem como as despesas de berçário relacionadas a tais atendimentos;

VII - fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VIII - exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos, conforme prescrição médica, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

IX - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos, sem fins estéticos;

X - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

XI - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, nos seguintes casos:

- a)** hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b)** quimioterapia oncológica ambulatorial de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

b.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua

ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;

e

b.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

c) procedimentos radioterápicos;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física; e

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes de rim, córnea e de medula óssea alogênico, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

XII - cirurgia plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, que estejam causando problemas funcionais em virtude de acidentes pessoais;

XIII - cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;

XIV - cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento;

XV - transplantes de rim, córnea e medula óssea alogênico, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS;

XVI - transplantes de córnea e rim provenientes de doador falecido, conforme legislação específica;

XVII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

XVIII - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros TRINTA dias após o parto ou adoção;

- XIX** - atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão);
- XX** - instrumentação cirúrgica (para cirurgias a partir do porte anestésico TRÊS), conforme classificação na tabela de remuneração dos honorários médicos, utilizada pela FUNDAÇÃO SANEPAR;
- XXI** - tratamento de Beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, que estiverem em situação de crise e que necessitem de internação, em hospitais psiquiátricos especializados ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais;
- XXII** - tratamento de Beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização, em hospitais psiquiátricos especializados ou em hospitais gerais ou hospital-dia;
- XXIII** - as internações de portadores de transtornos psiquiátricos, ou de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, em hospitais ou em regime de hospital-dia, terão cobertura integral em relação ao tempo de internação, respeitadas as respectivas coparticipações;
- XXIV** - tratamentos clínicos e cirúrgicos relacionados à obesidade mórbida;
- XXV** - procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;
- XXVI** - procedimentos relativos a acidente de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, custeado pelas Patrocinadoras.

Parágrafo Único. As lesões auto infligidas e as intercorrências clínicas agudas, ocorridas em Beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, serão sempre tratadas em hospital geral, quando a hospitalização for necessária.

Art. 22 - As internações serão processadas mediante pedido de internação feito pelo médico assistente e guia de internação expedida pela FUNDAÇÃO SANEPAR, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverá ser observado o Capítulo VIII deste Regulamento.

§1º. As internações hospitalares eletivas, clínicas ou cirúrgicas são aquelas em que o Beneficiário programa antecipadamente a sua internação e estão sujeitas à autorização prévia e expressa da FUNDAÇÃO SANEPAR.

§2º. Não serão permitidas as internações para realização de exames com o fim de esclarecimento de diagnóstico, quando passíveis de execução em ambulatório.

§3º. O valor da conta hospitalar dos estabelecimentos credenciados ou referenciados será pago diretamente pela FUNDAÇÃO SANEPAR.

§4º. Havendo rede credenciada ou referenciada da FUNDAÇÃO SANEPAR, o internamento deverá ser autorizado e realizado somenteneses.

§5º. Serão pagas todas as modalidades de cirurgias constantes na Resolução Normativa 387/2015 ou legislação superveniente, exceto as relacionadas no Capítulo V, deste Regulamento.

SEÇÃO III – DA COBERTURA ODONTOLÓGICA

Art. 23 - O SaneSaúde dará cobertura de Assistência Odontológica, a qual compreende todos os serviços listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, incluindo:

- I -** Procedimentos Gerais
 - a)** atividade educativa em saúde bucal;
 - b)** atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais;
 - c)** condicionamento em odontologia (com diretriz de utilização);
 - d)** estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica;
 - e)** consulta odontológica;
 - f)** consulta odontológica inicial;
 - g)** consulta odontológica de urgência;
 - h)** consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria.
- II -** Procedimentos DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS:
 - a)** diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial;
 - b)** diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial;
 - c)** diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial;
 - d)** diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial;
 - e)** teste de fluxo salivar;
 - f)** teste de PH salivar (acidez salivar).
- III -** Procedimentos de RADIOLOGIA:
 - a)** radiografia periapical;
 - b)** radiografia bite-wing;
 - c)** radiografia oclusal;
 - d)** levantamento radiográfico (exame periodôntico/periapical completo).
- IV -** Procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:
 - a)** dessensibilização dentária;
 - b)** controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 - c)** remoção dos fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana);
 - d)** profilaxia: polimento coronário;
 - e)** aplicação tópica de flúor;
 - f)** aplicação de selante (com diretriz de utilização);
 - g)** aplicação tópica de verniz fluoretado;

- h)* remineralização dentária.
- V - Procedimentos de DENTÍSTICA:**
 - a)* aplicação de cariostático (com diretriz de utilização);
 - b)* adequação do meio bucal;
 - c)* núcleo de preenchimento;
 - d)* ajuste oclusal por acréscimo;
 - e)* reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato (com diretriz de utilização);
 - f)* reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui a peça protética (com diretriz de utilização);
 - g)* reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui a peça protética (com diretriz de utilização);
 - h)* reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética (com diretriz de utilização);
 - i)* reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui a peça protética (com diretriz de utilização);
 - j)* recimentação de peça/trabalho protético;
 - k)* reconstrução de sulco gengivo-labial;
 - l)* remoção de peça/trabalho protético;
 - m)* restauração em amálgama;
 - n)* restauração em ionômero de vidro;
 - o)* restauração em resina fotopolimerizável;
 - p)* restauração temporária/tratamento expectante;
 - q)* retratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes;
 - r)* retratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes;
 - s)* retratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes.
- VI - Procedimentos de PERIODONTIA:**
 - a)* raspagem supra gengival e polimento coronário;
 - b)* raspagem subgengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
 - c)* imobilização dentária em dentes decíduos;
 - d)* imobilização dentária em dentes permanentes;
 - e)* gengivectomia/gengivoplastia;
 - f)* aumento de coroa clínica;
 - g)* cirurgia periodontal a retalho;
 - h)* cunha proximal;
 - i)* tratamento de abscesso periodontal;
 - j)* tratamento de alveolite;
 - k)* tratamento de odontalgia aguda.
- VII - Procedimentos de ENDODONTIA:**
 - a)* capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
 - b)* pulpotomia, pulpotomia em dente decíduo;
 - c)* remoção de corpo estranho intracanal;
 - d)* tratamento endodôntico unirradicular em dentes permanentes;
 - e)* tratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes;
 - f)* tratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes;
 - g)* remoção de núcleo intracanal;
 - h)* tratamento restaurador atraumático (com diretriz de utilização);
 - i)* tunelização (com diretriz de utilização);

- j)* tratamento endodôntico em dentes decíduos;
 - k)* tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
 - l)* tratamento de perfuração (radicular/câmara pulpar).
- VIII - Procedimentos de CIRURGIA:**
- a)* alveoloplastia;
 - b)* apicectomia unirradicular sem obturação retrógrada, apicectomia birradicular sem obturação retrógrada, apicectomia multirradicular sem obturação retrógrada;
 - c)* apicectomia unirradicular com obturação retrógrada, apicectomia birradicular com obturação retrógrada, apicectomia multirradicular com obturação retrógrada;
 - d)* cirurgia para tórus mandibular;
 - e)* cirurgia para tórus palatino;
 - f)* tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal (com diretrizes de utilização);
 - g)* tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (com diretriz de utilização);
 - h)* tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução (com diretriz de utilização);
 - i)* tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização);
 - j)* tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização);
 - k)* tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização);
 - l)* tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização);
 - m)* sutura de ferida em região buco-maxilo-facial (com diretriz de utilização);
 - n)* exérese excisão de mucocele;
 - o)* exérese excisão de rânula;
 - p)* exérese de rânula ou mucocele;
 - q)* exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila (com diretriz de utilização);
 - r)* exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
 - s)* exérese ou excisão de cálculo salivar;
 - t)* plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânula salivar;
 - u)* exodontia a retalho, exodontia de raiz residual, exodontia simples de decíduo, exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética, exodontia simples de permanente;
 - v)* redução cruenta de fratura alvéolo dentária;
 - w)* redução incruenta de fratura alvéolo dentária;
 - x)* frenectomia labial;
 - y)* frenotomia/frenulotomia lingual;
 - z)* frenulectomia lingual;
 - aa)* remoção de dentes inclusos/impactados;
 - ab)* remoção de dentes semi-inclusos/impactados;

- ac)** remoção de dreno extra-oral;
- ad)** remoção de dreno intra-oral;
- ae)** remoção de odontoma;
- af)** ulectomia;
- ag)** ulotomia;
- ah)** amputação radicular com obturação retrógrada;
- ai)** amputação radicular sem obturação retrógrada;
- aj)** biópsia de lábio (com diretriz de utilização);
- ak)** biópsia de boca (com diretriz de utilização);
- al)** biópsia de mandíbula/maxila (com diretriz de utilização);
- am)** biópsia de língua (com diretriz de utilização);
- an)** biópsia de glândula salivar;
- ao)** ajuste oclusão por acréscimo;
- ap)** ajuste oclusal por desgaste seletivo;
- aq)** aprofundamento/aumento de vestíbulo;
- ar)** bridectomia;
- as)** bridotomia;
- at)** cirurgia para exostose maxilar;
- au)** colagem de fragmentos dentários;
- av)** controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- aw)** controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
- ax)** incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- ay)** incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- az)** enxerto gengival livre;
- ba)** enxerto pediculado;
- bb)** faceta direta em resina fotopolimerizável;
- bc)** odonto-secção;
- bd)** coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- be)** reimplante de dente avulsionado com contenção;
- bf)** frenectomia/frenulotomia labial.

IX - IMPLANTES ODONTOLÓGICOS:

Serão cobertos até OITO implantes dentários independentemente da arcada (superior e inferior), limitada aos valores e condições específicas previstas no Referencial de Serviços Odontológicos divulgado no site da FUNDAÇÃO SANEPAR, para remuneração do tratamento autorizado e respeitada a respectiva coparticipação, observando-se o disposto no artigo 102 deste Regulamento;

X - PRÓTESES ODONTOLÓGICAS:

Serão cobertas as próteses odontológicas e sobre implantes, limitada aos valores e condições específicas, previstas no Referencial de Serviços Odontológicos, divulgado no site da FUNDAÇÃO SANEPAR, para remuneração do tratamento e respeitada a respectiva coparticipação.

§1º. Além das coberturas acima, a assistência odontológica prevê as seguintes coberturas:

- a)** coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de restauração metálica fundida (RMF) (com diretriz de utilização);
- b)** exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila (com diretriz de utilização);
- c)** panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
- d)** punção aspirativa na região buco-maxilo-facial;
- e)** reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- f)** reabilitação com coroa total de cerômero unitária (inclui peça protética);
- g)** reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
- h)** reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado (inclui a peça protética);
- i)** reabilitação com restauração metálica fundida unitária (inclui peça protética);
- j)** redução de luxação da ATM (com diretriz de utilização);
- k)** reembasamento de coroa provisória.

§2º. É vedada aos Beneficiários a realização de qualquer tipo de exame sem o respectivo pedido médico ou odontológico.

§3º. Haverá coparticipação quando da utilização de serviços ou procedimentos, conforme definido no artigo 50 deste Regulamento.

§4º. As tabelas de remuneração utilizadas pela FUNDAÇÃO SANEPAR contemplarão todos os benefícios e serviços oferecidos, bem como todos os procedimentos estabelecidos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 387/2015 e suas alterações posteriores, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS.

SEÇÃO IV – DA COBERTURA DA SAÚDE MENTAL

Art. 24 - Aos Beneficiários do SaneSaúde serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

§1º. Para os efeitos legais deste Regulamento, entende-se portador de transtorno psiquiátrico identificado, o Beneficiário que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação), em situação instável do ponto de vista clínico e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional, e, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

§2º. A cobertura ambulatorial em saúde mental garantirá além das coberturas previstas no art. 21 deste Regulamento:

- a)** atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao Beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- b)** psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, sem limite máximo de sessões;
- c)** tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais.

§3º. A cobertura hospitalar em saúde mental garantirá:

- a)** número ilimitado de dias de internação, em hospital geral ou psiquiátrico, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização;
- b)** todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto infligidas;
- c)** atendimentos em regime de hospital-dia para transtornos mentais.

§4º. Os tratamentos relativos ao presente artigo dependerão sempre de prévia e expressa autorização da FUNDAÇÃO SANEPAR.

SEÇÃO V – DA COBERTURA DOS TRANSPLANTES

Art. 25 - Aos Beneficiários do SaneSaúde serão asseguradas as coberturas das despesas relativas aos procedimentos de transplante, os quais no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei n.º 434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, à Portaria n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998, no que não for conflitante com o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei n.º 9.656/98.

Art. 26 - Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a)** despesas assistenciais com doadores vivos;
- b)** medicamentos utilizados durante a internação;
- c)** acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d)** as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo Único - Os transplantes ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, serão ressarcidos em conformidade com o previsto no artigo 32, da Lei n.º 9.656/98, de 03 de junho de 1998.

Art. 27 - Os Beneficiários do SaneSaúde, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§1º. A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.

§2º. As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento técnico da Portaria GM n.º 07, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§3º. É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro de suas funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a) determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

CAPÍTULO V

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 28 - Não terão cobertura pelo SaneSaúde, estando excluídos da segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica:

I - fornecimento de medicamentos e materiais para tratamento domiciliar, bem como aluguel ou aquisição de aparelhos para uso domiciliar e atendimentos domiciliares de qualquer natureza, inclusive consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência, exceto a previsão de cobertura constante nos incisos *XIII*, *XIV* e *XX*, do artigo 19 deste Regulamento;

II - medicamentos não prescritos pelo médico assistente e quaisquer despesas hospitalares quando da iniciativa do Beneficiário;

III - medicamentos importados não nacionalizados;

IV - próteses e órteses importadas não nacionalizadas;

- V** - serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente ao tratamento do Beneficiário;
- VI** - despesas de indenização por danos ou destruição de objetos;
- VII** - produtos de higiene pessoal;
- VIII** - consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- IX** - exames e tratamentos sem prescrição médica;
- X** - transplantes, a exceção de rim, córnea e medula óssea alogênico;
- XI** - inseminação artificial considerada como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XII** - cirurgias plásticas e procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- XIII** - tratamentos com finalidade estética e cosmética;
- XIV** - tratamentos clínicos ou cirúrgicos para rejuvenescimento, bem como para prevenção do envelhecimento, com fins estéticos;
- XV** - internação em clínica de emagrecimento, lipoaspiração, ainda que realizados por prescrição médica, ressalvado o tratamento de obesidade mórbida, de acordo com o artigo 5º, *Parágrafo Único*, aliena “a” da Resolução do CONSU nº 10;
- XVI** - tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos, ainda que por indicação médica, ressalvado o tratamento de obesidade mórbida, de acordo com o artigo 5º, *parágrafo único*, aliena “a” da Resolução do Consu nº 10;
- XVII** - investigação diagnóstica eletiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVIII** - tratamento de calvície, ainda que realizado por prescrição médica;
- XIX** - enfermagem em caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, consultas ou medicamentos ou tratamentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência, exceto quando estiver sob internação domiciliar;
- XX** - aplicação de injeções, soro, bem como o ato da coleta de material em domicílio;
- XXI** - aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XXII** - despesas com transporte ou remoção aérea ou marítima;
- XXIII** - procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XXIV** - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no País, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso *off-label*);

- XXV** - exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- XXVI** - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionado, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- XXVII** - atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XXVIII** - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- XXIX** - aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XXX** - vacinas disponíveis na rede pública ou não reconhecidas pelo Ministério da Saúde, exceto as destinadas a parturientes portadoras de sangue com fator RH negativo e aquelas cuja aplicação for tecnicamente justificada em casos de internação, urgência e emergência;
- XXXI** - serviços e despesas de qualquer natureza realizados em desacordo com o Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, constante da Resolução Normativa nº 387/2015 e suas alterações posteriores, e este Regulamento;
- XXXII** - estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXXIII** - avaliação pedagógica e orientações vocacionais;
- XXXIV** - exame de paternidade;
- XXXV** - especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXXVI** - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XXXVII** - fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos;
- XXXVIII** - tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXIX** - transporte ou remoção de pacientes por via terrestre, salvo em caso previsto neste Regulamento;
- XL** - próteses e órteses não implantadas cirurgicamente (como: botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, pernas e braços mecânicos, etc.);
- XLI** - check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, e necropsias;
- XLII** - qualquer despesa decorrente da opção do Beneficiário por acomodação em categoria superior à estabelecida por este Regulamento;
- XLIII** - custos de emissão e manutenção da carteira para utilização do plano, através dos convênios de reciprocidade;
- XLIV** - tratamentos que não constarem nas tabelas utilizadas pelo SaneSaúde;

XLV - tratamentos decorrentes de procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos de cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, por não serem considerados tratamento de complicações e sim parte integrante do procedimento inicial;

XLVI - procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas que não constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes à época do evento.

CAPÍTULO VI

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 29 - A cobertura assistencial prevista no presente Regulamento se inicia a partir da assinatura da proposta de adesão do Beneficiário, de modo que não se prolonguem as carências, exceto nos casos previstos no artigo seguinte, sendo o contrato por prazo indeterminado e renovado automaticamente a cada ano, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Art. 30 - A adesão ao SaneSaúde somente poderá ser feita após o período de experiência do empregado e os Beneficiários que se inscreverem no SaneSaúde cumprirão os seguintes períodos de carência para a concessão de quaisquer dos benefícios (consultas, exames de diagnóstico e terapia, cirurgias ambulatoriais, internações psiquiátricas, clínicas ou cirúrgicas e para parto a termo e procedimentos odontológicos):

I – EMPREGADO RECÉM-ADMITIDO APÓS O CUMPRIMENTO DO PERÍODO DE EXPERIÊNCIA: não haverá carência para o Beneficiário Titular e seus dependentes, previstos na alínea “a” e “d”, inciso I do artigo 12 deste Regulamento, se a adesão ocorrer em até QUARENTA E CINCO dias após o cumprimento do período de experiência. Findo este prazo haverá carência de NOVENTA dias;

II – DEMAIS EMPREGADOS E APOSENTADOS QUE ADERIREM AO SANESAÚDE APÓS O TRANSCURSO DO LAPSO TEMPORAL PREVISTO NO INCISO I DESTES ARTIGOS: haverá carência de NOVENTA dias para o Beneficiário Titular e seus dependentes, previstos no artigo 12 deste Regulamento.

§1º. Cônjuge ou Companheiro(a): não haverá carência se a inclusão ocorrer em até QUARENTA E CINCO dias da data do casamento ou da expedição da Declaração Pública de Vida em Comum. Após este prazo, haverá carência de NOVENTA dias;

§2º. Filho recém-nascido ou adotivo com idade inferior a DOZE anos: não haverá carência se a inclusão ocorrer em até QUARENTA E CINCO dias da data de nascimento ou da adoção. Após este prazo, haverá carência de NOVENTA dias;

§3º. Não haverá carência para a cobertura dos casos devidamente caracterizados como Urgência ou Emergência;

§4º. No caso de cancelamento da inscrição no SaneSaúde, por parte de qualquer Beneficiário e na hipótese deste desejar retornar ao plano com um intervalo de tempo superior a QUARENTA E CINCO dias, haverá carência de NOVENTA dias;

§5º. Não haverá carência para o dependente do Beneficiário Titular, que esteja inscrito no SaneSaúde e que venha a se tornar empregado de uma das Patrocinadoras.

CAPÍTULO VII

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Art. 31 - O Beneficiário poderá utilizar o SaneSaúde independentemente de ter doenças e lesões pré-existentes, após o cumprimento das carências ou em casos de Urgência e Emergência.

Parágrafo Único - Para fins deste Regulamento, consideram-se:

- a)** Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 387 da ANS de 28/10/2015;
- b)** Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário ou seu representante legal.

CAPÍTULO VIII

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 32 - O SaneSaúde garante a cobertura aos atendimentos de Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e de Emergência como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

Parágrafo Único - Está assegurada a cobertura integral nos casos de Urgência e Emergência no ato da inscrição.

Art. 33 - O SaneSaúde oferece cobertura para atendimentos de Urgências e Emergências em todo o segmento ambulatorial bem como, àqueles que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta.

Art. 34 - Fica assegurado o reembolso, nos limites das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, em casos de Urgência ou Emergência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela FUNDAÇÃO SANEPAR.

Art. 35 - As despesas serão reembolsadas de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela FUNDAÇÃO SANEPAR junto à rede credenciada deste plano, devendo o Beneficiário, para tanto, apresentar os documentos relacionados a seguir:

I - relatório do médico assistente, declarando diagnóstico, código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, tratamento efetuado e data do atendimento, bem como constar o número do CRM e CPF do médico que efetuou o atendimento;

II - recibo ou nota fiscal de honorários dos médicos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem;

III - no caso de contas hospitalares, o Beneficiário deverá encaminhar à FUNDAÇÃO SANEPAR nota fiscal do hospital ou clínica, incluindo laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade, código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverão ainda ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários, bem como constar o número do CRM e CPF do médico que efetuou o atendimento.

Parágrafo Único - O reembolso de que trata este artigo será efetuado, através de depósito em conta corrente, no prazo máximo de TRINTA dias, contados da data de entrega da documentação completa na FUNDAÇÃO SANEPAR.

CAPÍTULO IX

REMOÇÃO

Art. 36 - O SaneSaúde garantirá a despesa com remoção de paciente internado, inter-hospitalar ou hospitalar-clínica, em ambulância terrestre ou UTI móvel, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, com indicação e apresentação de laudo contendo justificativa e CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, do médico assistente dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste Regulamento.

Art. 37 - O SaneSaúde garantirá a cobertura de remoção, após 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 Beneficiário e dentro do limite de abrangência geográfica.

Art. 38 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS e de sua rede credenciada, a FUNDAÇÃO SANEPAR estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Art. 39 - Também haverá cobertura entre hospitais, clínicas ou laboratórios, para realização de exames ou atendimento médico, quando não houver possibilidade de realizar o procedimento no local do internamento, devidamente justificado pelo médico assistente e desde que autorizado pela FUNDAÇÃO SANEPAR.

Art. 40 - Serão cobertas ainda as situações de remoções de hospitais ou clínicas para o domicílio do Beneficiário, quando não houver possibilidade de utilização de transporte convencional, devidamente justificado por laudo médico e autorização prévia da FUNDAÇÃO SANEPAR.

CAPÍTULO X

ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Seção I – DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Art. 41- Os serviços constantes deste Regulamento serão prestados por:

- I** - rede credenciada;
- II** - livre escolha, mediante reembolso.

§1º. Para que ocorra o reembolso o prestador do atendimento não poderá ser credenciado à FUNDAÇÃO SANEPAR.

§2º. O reembolso será assegurado de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas de serviços praticados com a rede credenciada.

Art. 42 - O SaneSaúde não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços prestados em desacordo com as normas constantes neste Regulamento, nem pelo atendimento a pessoas nele não inscritas.

Seção II – DO REEMBOLSO

Art. 43 - Os Beneficiários que se valerem de serviços cobertos pelo SaneSaúde, prestados por profissionais ou empresas fora do quadro de credenciados do SaneSaúde, pagarão diretamente a quem lhes prestar os serviços e terão direito a requerer o reembolso das despesas efetuadas, conforme as tabelas de serviços aprovadas pela FUNDAÇÃO SANEPAR e obedecido o percentual de coparticipação nos eventos, independentemente do valor pago pelo Beneficiário.

§1º. A diferença entre o valor do serviço e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

§2º. Nas solicitações de reembolso aplicam-se também as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciadas.

§3º. Não serão reembolsadas despesas com qualquer procedimento não coberto pelo SaneSaúde.

Art. 44 - O Beneficiário arcará com a despesa de procedimento por ele utilizado sem justificativa médica.

Parágrafo Único - No caso de divergência médica a respeito do procedimento realizado, fica garantido que a definição do impasse será através de uma junta médica, constituída pelo profissional solicitante, por médico da FUNDAÇÃO SANEPAR, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da FUNDAÇÃO SANEPAR.

Art. 45 - O valor do reembolso corresponderá ao valor do procedimento das tabelas utilizadas para pagamento dos serviços e procedimentos realizados junto à rede credenciada, deduzido os percentuais estabelecidos no artigo 50 deste Regulamento.

§1º. O reembolso será efetuado através de crédito na conta bancária do Beneficiário Titular e será observado o prazo máximo de TRINTA dias após a entrega da documentação completa na FUNDAÇÃO SANEPAR.

§2º. Para efeito do cálculo do reembolso, prevalecerá a data do recibo ou da nota fiscal.

Art. 46 - Reembolso referente a honorários cuja internação tenha sido feita na rede credenciada, será realizado após o recebimento da conta hospitalar pela FUNDAÇÃO SANEPAR.

Parágrafo Único - A antecipação do reembolso poderá ser realizada mediante apresentação pelo Beneficiário do comprovante das despesas, anexando uma cópia da conta hospitalar, ou declaração do hospital de que essas despesas não serão cobradas através da fatura hospitalar.

Art. 47 - Com exceção de Implantes Odontológicos, não haverá reembolso para Tratamento Odontológico, Prótese Odontológica e Acupuntura.

Art. 48 - O pedido de reembolso deverá ser feito até o prazo de DOZE meses após a realização do procedimento, acompanhado da documentação probatória, exclusivamente de vias originais, que deverão obedecer aos seguintes requisitos:

I - se pessoa física: recibo do profissional contendo assinatura, número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda.

II - se pessoa jurídica: nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ.

§1º. Em ambos os casos, deverá ser discriminado cada procedimento ou atendimento com seu código CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, se for o caso, número de atendimentos realizados, laudo do profissional que assiste ao Beneficiário, expressão numérica, por extenso, do valor do procedimento, data, carimbo legível e assinatura do profissional.

§2º. No caso de contas hospitalares, o Beneficiário deverá encaminhar à FUNDAÇÃO SANEPAR, laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade, CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, contendo carimbo legível e assinatura do médico. Deverão ainda ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários, bem como relatório justificando os casos de Urgência e Emergência, quando se aplicar.

Art. 49 - Não serão reembolsadas as despesas, cujos documentos estiverem rasurados, emendados, ilegíveis, fora do prazo e em desacordo com este Regulamento.

CAPÍTULO XI

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I – DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 50 - Além da contribuição mensal, todos os Beneficiários ficarão sujeitos à coparticipação sobre os valores efetivamente pagos aos prestadores dos serviços que se utilizam das Tabelas do SaneSaúde, sendo estes fixados em:

I - 40% (quarenta por cento) do valor das despesas com consultas médicas em caráter eletivo ou emergencial;

II - 30% (trinta por cento) do valor das despesas com psicologia, fonoaudiologia, fisioterapias, acupuntura, terapia ocupacional, nutricionista e psicoterapia prestada por psicólogos ou médicos;

III - 30% (trinta por cento) do valor das despesas em todos os exames cobertos pelo SaneSaúde, limitado ao valor individual por exame, estabelecido na avaliação atuarial anual e divulgado no *site* da FUNDAÇÃO SANEPAR;

IV - 30% (trinta por cento) do valor das despesas com tratamento odontológico clínico, periodôntico e exames de documentação básica para ortodontia;

V - 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas com próteses e implantes odontológicos;

VI - 10% (dez por cento) do valor das despesas com internações para tratamentos de transtornos psiquiátricos e dependência química, que excederem a NOVENTA dias do período de um ano de contrato;

VII - 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas com sessões de RPG (reeducação postural global) e hidroterapias;

VIII - Internação - Valor por evento, estabelecido na avaliação atuarial anual e divulgado no site da FUNDAÇÃO SANEPAR.

§1º. A coparticipação incide sobre a utilização do SaneSaúde por Beneficiário Titular ou Dependente.

§2º. A coparticipação será cobrada do Beneficiário Titular, conforme tabela de parcelamentos praticada pela FUNDAÇÃO SANEPAR.

§3º. Na impossibilidade de se efetuar o desconto da coparticipação na remuneração do Beneficiário Titular, especificado nas alíneas “a” e “d” do Inciso I do artigo 12 deste Regulamento, ficará este obrigado a recolhê-la à FUNDAÇÃO SANEPAR, até o penúltimo dia do mês a que corresponder, sendo que esta adotará a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§4º. Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

§5º. A cobrança da coparticipação poderá ser dispensada, com autorização prévia da FUNDAÇÃO SANEPAR, nos casos de Programas de Saúde Preventiva.

§6º. Os percentuais e valores das coparticipações, fixados nos incisos I a VIII deste artigo, poderão ser alterados por recomendação do atuário da Fundação Sanepar, com aprovação pelo Conselho de Representantes e pelas Patrocinadoras, de forma a garantir o equilíbrio financeiro e atuarial do SaneSaúde.

Seção II – DA IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 51 - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento é indispensável a identificação do Beneficiário na rede credenciada.

§1º. A identificação consiste na apresentação da carteira digital do SaneSaúde impressa em papel, na tela do smartphone ou do tablet, ou, ainda, apenas informando o número do Cartão, junto com um documento oficial de identificação com fotografia.

§2º. A carteira de identificação do SaneSaúde é pessoal, de uso restrito e intransferível, sendo aplicáveis as penalidades decorrentes da sua utilização indevida ao infrator ou seu responsável legal.

Seção III – DA REDE CREDENCIADA

Art. 52 - O atendimento no regime da rede credenciada será feito mediante a identificação de registro no SaneSaúde, junto com um documento oficial de identificação com fotografia, acompanhado da autorização prévia da FUNDAÇÃO SANEPAR quando assim exigida, a qual poderá ser por meio eletrônico, exceto nos casos de urgência e emergência.

§1º. A guia de atendimento deverá ser preenchida no ato do atendimento, em formulário próprio com todos os dados completos.

§2º. A guia de atendimento, depois de preenchida, será conferida e assinada pelo Beneficiário, com ressalva de qualquer emenda ou rasura, importando sua assinatura em:

- a)** concordância com os dados transcritos, inclusive quanto à quantidade e natureza dos serviços prestados;
- b)** autorização para cobrança do valor da coparticipação financeira, nos eventos sujeitos a esse regime;
- c)** sub-rogação à FUNDAÇÃO SANEPAR de possíveis indenizações a que o Beneficiário tiver direito.

§3º. A cobertura da rede credenciada está limitada a todos os municípios do estado do Paraná.

§4º. Para os serviços prestados pela rede credenciada, a FUNDAÇÃO SANEPAR efetuará os respectivos pagamentos aos prestadores de serviços.

Art. 53 - À FUNDAÇÃO SANEPAR reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer prestador de sua rede credenciada, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Art. 54 - É facultada à FUNDAÇÃO SANEPAR a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com TRINTA dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17 e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

§1º. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o *caput* deste artigo ocorrer por decisão da FUNDAÇÃO SANEPAR, durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação, e a FUNDAÇÃO SANEPAR, a manter o Beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

§2º. Excetua-se do previsto no parágrafo anterior, os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação ou tratamento, quando a FUNDAÇÃO SANEPAR arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

Art. 55 - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a FUNDAÇÃO SANEPAR deverá solicitar autorização expressa à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, informando:

- I -** nome do estabelecimento a ser excluído;
- II -** capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- III -** impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;
- IV -** justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o Beneficiário.

Art. 56 - O Beneficiário, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora de plano de saúde.

Art. 57 - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender as necessidades dos Beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de SESENTA anos de idade, os portadores de necessidades especiais, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças até CINCO anos.

§1º. Ficarão disponibilizadas para os Beneficiários, informações a respeito da rede de prestadores de serviços, por meios de divulgação eletrônica, através do *site* da FUNDAÇÃO SANEPAR.

§2º. Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede credenciada ou referenciada, ou ainda contratada da FUNDAÇÃO SANEPAR, conforme estabelece o artigo 12, I, “b”, da Lei nº 9.656, combinado com o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98, observada a cobertura contratada.

Art. 58 - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Seção IV – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 59 - Os benefícios previstos neste Regulamento serão prestados aos Beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências, sendo que a utilização dos serviços abaixo elencados dependerá de prévia autorização, e se for o caso, condicionado a parecer de médico designado pela FUNDAÇÃO SANEPAR, quando se tratar dos seguintes eventos médicos:

I - cirurgias plásticas reparadoras, não estéticas, com o objetivo de recompor ou de reparar funções vitais e de mobilidade do órgão atingido;

II - cirurgias cardíacas, neurológicas, ortopédicas e outras em que seja necessária a utilização de órteses ou próteses médicas;

III - exames de ultrassom, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, hemodinâmica e outros procedimentos que requeiram o uso de raio laser;

IV - procedimentos por vídeo-laparoscopia, hipertermia prostática e litotripsia;

V - tratamentos e próteses odontológicas cujo valor seja superior ao limite estipulado pela FUNDAÇÃO SANEPAR, ou que sejam procedimentos indicados para realização de perícia, conforme tabela própria;

VI - tratamentos odontológicos especiais que requeiram a utilização de anestesia geral e que sejam realizados em clínicas ou hospitais que mantenham as condições necessárias para a realização do procedimento;

VII - cirurgias de varizes;

VIII - internações psiquiátricas, as quais se darão em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

IX - hemodiálises e quimioterapias ambulatoriais;

X - cirurgias refrativas (oftalmológicas);

XI - tratamento clínico domiciliar (*home care*), em substituição ou em complementação às internações hospitalares;

XII - acupuntura – acima das DEZ primeiras sessões, estas deverão ser previamente autorizadas pela FUNDAÇÃO SANEPAR;

XIII- implantes odontológicos;

XIV- hidroterapias;

XV - outros procedimentos a critério da FUNDAÇÃO SANEPAR, considerados de alto custo ou técnicas inovadoras, previamente divulgados aos Beneficiários.

§ 1º. Toda internação terá que ser autorizada previamente pela FUNDAÇÃO SANEPAR, exceto em casos de urgência ou emergência em que o Beneficiário Titular terá um prazo máximo de UM dia útil para regularizar a situação.

§ 2º. A FUNDAÇÃO SANEPAR poderá solicitar, a qualquer momento, diretamente a seus credenciados ou profissionais e entidades prestadoras de serviços que tenham assistido ao Beneficiário do plano, todas as informações que julgar necessárias para elucidação de assuntos relacionados aos procedimentos realizados.

Art. 60 - Os pedidos de autorização para os procedimentos médicos serão fornecidos mediante prévia requisição, com data e local definidos, devendo ainda ser acompanhados de documentos que justifiquem a concessão dos benefícios e devem conter as seguintes informações:

I - nome do Beneficiário;

II - data de emissão;

III - descrição do procedimento solicitado em guia padrão definida pela ANS;

IV - laudo ou justificativa médica, firmado em papel timbrado, ou carimbado, com nome do médico e número do registro no Conselho Regional de Medicina, contendo o diagnóstico da enfermidade e seu respectivo código, conforme CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, indicando a espécie do tratamento especializado ou, quando se tratar de cirurgia, a natureza da intervenção; ou

V - diagnóstico, firmado em papel timbrado, ou carimbado, com o nome do profissional e número do registro no Conselho Regional da categoria respectiva, com a indicação do diagnóstico da doença de modo exposto e seu respectivo código, conforme CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

§1º. No caso de exames complementares de diagnóstico, as solicitações devem vir acompanhadas de pedido emitido em guia padrão definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como a justificativa do exame solicitado.

§2º. Nos casos de cirurgias e internações, o Beneficiário deverá encaminhar laudo médico com indicação da intervenção, diagnóstico da enfermidade e CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, previsão de dias de internação, carimbo legível e assinatura do médico, podendo a FUNDAÇÃO SANEPAR, a seu critério, solicitar o comparecimento do Beneficiário paciente para submeter-se à perícia médica.

§3º. Nos tratamentos fisioterápicos e terapias, a solicitação deverá vir acompanhada de justificativa do profissional solicitante, com indicação do diagnóstico, natureza e duração do tratamento e número de aplicações ou sessões, carimbo legível e assinatura do profissional.

Art. 61 - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o Beneficiário poderá ser atendido sem a respectiva autorização devendo o laudo médico ser preenchido *a posteriori*. O Beneficiário deverá até o primeiro dia útil após o atendimento comunicar o fato à FUNDAÇÃO SANEPAR e providenciar a autorização específica.

Art. 62 - Não haverá cobrança de nova consulta por ocasião do retorno para apresentação de exames após a consulta, desde que ocorra em até TRINTA dias.

Art. 63 - A FUNDAÇÃO SANEPAR poderá, a seu critério e a qualquer tempo, submeter à perícia, sindicância e averiguação, todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo SaneSaúde. Os Beneficiários e prestadores de serviços estarão obrigados a prestar esclarecimentos e fornecer a documentação necessária para elucidação da dúvida.

Art. 64 - No caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, fica garantido ao Beneficiário que a definição do impasse será através de uma junta médica, constituída pelo profissional solicitante, por médico da FUNDAÇÃO SANEPAR e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da FUNDAÇÃO SANEPAR.

§1º. Não havendo acordo na escolha do médico para definição do impasse, sua designação será solicitada à sociedade médica da aludida especialidade, reconhecida oficialmente.

§2º. Após a análise da junta médica, fica reservado à FUNDAÇÃO SANEPAR o direito de recusar atendimento aos pedidos considerados abusivos, desnecessários ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste Regulamento.

CAPÍTULO XII

Seção I – DA FORMAÇÃO DE PREÇO

Art. 65 - O SaneSaúde é custeado pelas Patrocinadoras e pelos Beneficiários Titulares, conforme rateio definido entre as partes. O regime de preço é pré-estabelecido e em pré-pagamento quanto ao valor da contribuição mensal que é efetuada antes da utilização das coberturas previstas. E em regime de pós-pagamento, quando da utilização de procedimentos em que houver a coparticipação financeira dos Beneficiários.

§1º. O valor da contribuição mensal e da coparticipação é definido por meio de cálculo atuarial, com base na utilização e evolução dos custos assistenciais e administrativos.

§2º. O valor da contribuição mensal do Beneficiário corresponde ao indicado e discriminado na proposta de adesão, o qual será revisado anualmente por ocasião da avaliação atuarial do plano.

Seção II – DA RESERVA, DOS FUNDOS E DAS PROVISÕES

Art. 66 - Sobre o total das contribuições mensais recebida das partes, incidirá uma taxa administrativa para a constituição de um fundo administrativo, calculada atuarialmente, que servirá para custear as despesas administrativas realizadas pela FUNDAÇÃO SANEPAR, necessárias para gestão do SaneSaúde.

Art. 67 - Haverá contribuição mensal, proporcionalmente rateada entre as partes, destinada a formar um Fundo de Cobertura de Grandes Riscos, o qual servirá para garantir a cobertura total dos serviços e procedimentos utilizados, nos casos em que o valor por evento exceda o limite máximo estabelecido atuarialmente.

Art. 68 - Haverá contribuição mensal proporcionalmente rateada entre as partes, destinada a constituir reservas, fundos e provisões técnicas, a saber:

I - Reserva de Contingência que servirá para garantir o equilíbrio do plano, na hipótese em que as Despesas Mensais Totais ultrapassem as Receitas Mensais Totais, devido a aumentos de custos e de utilizações não previstas atuarialmente, seja de majorações nos preços da rede credenciada, ou de utilizações de serviços e procedimentos, ou incorporação de novas tecnologias, ou substituição de procedimentos além do histórico normal e aceitável na massa atendida;

II - Fundo de Inadimplência, para fazer frente aos valores devidos e não pagos pelos Beneficiários;

III - Provisões Técnicas, que vierem a ser instituídas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS às Operadoras na modalidade de autogestão, em conformidade com a legislação aplicável.

Parágrafo Único - Eventualmente por insuficiência do Fundo Administrativo, poderá ser utilizado recurso da Reserva de Contingência, desde que autorizado pelo Conselho de Representantes, com parecer atuarial favorável.

Art. 69 - As receitas originadas por aplicações financeiras oriundas dos fundos e da reserva do SaneSaúde reverterão para os mesmos e serão objeto de contabilização diferenciada, as quais serão consolidadas no Balanço da FUNDAÇÃO SANEPAR, ao final de cada exercício.

CAPÍTULO XIII

PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL E COPARTICIPAÇÃO

Art. 70 - As contribuições mensais e as coparticipações serão recolhidas até o penúltimo dia útil do mês a que corresponderem, da seguinte forma:

I - empregados das Patrocinadoras: desconto em folha de pagamento;

II - Patrocinadoras: crédito em conta corrente;

III - aposentados e pensionistas: desconto em folha de benefícios (FUSAN), débito em conta corrente ou boleto bancário.

Art. 71 - Na impossibilidade de se efetuar o desconto das contribuições mensais ficará o Beneficiário obrigado ao pagamento de Boleto Bancário emitido pela FUNDAÇÃO SANEPAR.

Art. 72 - O Beneficiário Titular ou responsável deverá autorizar os descontos das contribuições mensais, da coparticipação e do valor das penalidades a ele impostas em sua folha de pagamento ou folha de benefícios, ou pagamento por meio de Boleto Bancário ou conta corrente em instituição financeira indicada pela FUNDAÇÃO SANEPAR.

§ 1º. Os Beneficiários reconhecem que os valores da contribuição mensal e da coparticipação são líquidos e certos, caracterizando-se como título executivo de natureza extrajudicial, para todos os fins.

§ 2º. As mensalidades serão cobradas proporcionalmente às datas de adesão ou exclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes, de forma *pro rata die*.

Art. 73 - O Beneficiário Titular é responsável pelo recolhimento da contribuição mensal atribuída pelo plano de custeio vigente para ele próprio e para todos os seus dependentes.

Art. 74 - O pagamento antecipado da contribuição mensal não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência fixados neste Regulamento.

Art. 75 - Nenhum pagamento será reconhecido como feito ao SaneSaúde se o Beneficiário não possuir comprovante devidamente autenticado pelo agente receptor ou se não observar a forma estabelecida para o pagamento.

Art. 76 - O não pagamento da contribuição mensal pelos Beneficiários, e outras contraprestações nos seus vencimentos, além da penalidade da exclusão prevista neste instrumento, acarretará a imposição da multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em aberto, além dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou 0,033% (trinta e três milésimos por cento) por dia de atraso.

Art. 77 - Em caso de inobservância dos prazos de pagamento das contribuições mensais por parte das Patrocinadoras, incidirá sobre os valores originais, a atualização pela variação *pro rata die* do INPC, acrescido de juros de 0,033% (trinta e três milésimos por cento) por dia de atraso.

CAPÍTULO XIV

Seção I – DO REAJUSTE

Art. 78 - O plano de custeio do SaneSaúde, que definirá o reajuste da contribuição mensal e da coparticipação, será calculado com base na utilização e evolução dos custos assistenciais e administrativos, segundo avaliação atuarial, de forma que os reajustes serão aplicados anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida e respeitados os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para cada ano vigente ou legislação aplicável.

Art. 79 - O custeio do SaneSaúde será atendido pelas seguintes fontes de recursos:

- I** - contribuição mensal da SANEPAR;
- II** - contribuição mensal da FUSAN;
- III** - contribuição mensal da FUNDAÇÃO SANEPAR;
- IV** - contribuição mensal da C.S. Bioenergia;
- V** - contribuição mensal de outras Patrocinadoras que vierem a aderir ao SaneSaúde;
- VI** - contribuição mensal dos Beneficiários Titulares e Dependentes;
- VII** - coparticipação dos Beneficiários prevista neste Regulamento;
- VIII** - receitas de aplicações do patrimônio;
- IX** - reservas técnicas já existentes;
- X** - dotações, doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos anteriores.

Art. 80 - Os reajustes aplicados serão comunicados a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

Seção II – DO REAJUSTE POR AUMENTO DE SINISTRALIDADE

Art. 81 - A FUNDAÇÃO SANEPAR poderá proceder recálculo nas contribuições mensais do plano, sempre que ocorrerem as seguintes distorções (sinistralidades), cumulativas ou isoladas, observada a legislação vigente:

- I** - aumento imprevisível na frequência de sinistros ou na utilização de serviços;
- II** - aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções praticadas sobre as contribuições do presente plano;

III - utilização de aportes de capital, quando determinada sinistralidade por evento supere 75% (setenta e cinco por cento), em relação ao prêmio.

Art. 82 - Os reajustes financeiros e atuariais serão aplicados a todos os Beneficiários, independente da faixa etária dos mesmos.

CAPÍTULO XV

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 83 - A contribuição mensal dos empregados, dos patrocinadores e dos assistidos, e de seus respectivos dependentes, corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio e fixado de acordo com a faixa etária de cada Beneficiário e conforme estabelecida na tabela de contribuições do SaneSaúde.

Art. 84 - As faixas etárias são as seguintes:

FAIXA	IDADE	% DE VARIAÇÃO POR FAIXA
I	0 a 18 anos	-
II	19 a 23 anos	43,57%
III	24 a 28 anos	5,19%
IV	29 a 33 anos	13,63%
V	34 a 38 anos	5,22%
VI	39 a 43 anos	29,79%
VII	44 a 48 anos	5,20%
VIII	49 a 53 anos	30,57%
IX	54 a 58 anos	5,20%
X	59 anos ou mais	8,44%

Art. 85 - Ocorrendo alteração na idade de qualquer Beneficiário (Titular ou Dependente), que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da contribuição mensal será aumentado a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores estipulados e divulgados no *site* da FUNDAÇÃO SANEPAR, independente do índice de reajuste financeiro estabelecido.

§1º. Os limites etários das faixas, os valores das contribuições mensais e as respectivas variações por faixa etária em razão da idade do Beneficiário constam da tabela de contribuição aprovada anualmente pelo Conselho de Representantes da FUNDAÇÃO SANEPAR e pelas Patrocinadoras, amplamente divulgada entre os Beneficiários e constituem parte integrante deste Regulamento.

§2º. O filho solteiro com invalidez permanente, devidamente comprovada através de laudo do médico assistente com parecer favorável do médico perito

da FUNDAÇÃO SANEPAR, contribuirá de acordo com as faixas etárias da tabela em vigor.

Art. 86 - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Art. 87 - As contribuições mensais e a coparticipação serão também reajustadas, respeitada a legislação específica, por revisão do custeio atuarial do plano e não se confundem com os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária.

CAPÍTULO XVI

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO SANE SAÚDE PARA O BENEFICIÁRIO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADO PELO INSS

Art. 88 - Ao Beneficiário Titular que contribuir para o SaneSaúde, em decorrência de vínculo mantido junto às Patrocinadoras, no caso de demissão sem justa causa ou exoneração, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com as Patrocinadoras, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal e acrescido do valor de responsabilidade das Patrocinadoras, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação da ANS.

§1º. O período de manutenção da condição de Beneficiário será de UM TERÇO do tempo de permanência no SaneSaúde, com um mínimo assegurado de SEIS meses e um máximo de VINTE E QUATRO meses.

§2º. A manutenção no SaneSaúde é extensiva, obrigatoriamente, a todos os Beneficiários Dependentes.

§3º. Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes inscritos no SaneSaúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Titular, desde que assumam o pagamento integral da contribuição mensal, bem como suas coparticipações.

§4º. O direito de manutenção no SaneSaúde deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo emprego ou cargo público, assim entendido como novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-

empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, sendo que a comunicação do fato à FUNDAÇÃO SANEPAR será de responsabilidade do Beneficiário Titular.

§5º. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário do SaneSaúde no prazo máximo de TRINTA dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§6º. Feita a opção, o Beneficiário deverá comparecer na sede da FUNDAÇÃO SANEPAR, dentro do prazo descrito no parágrafo anterior, para formalizar a sua adesão, sob pena de extinção do benefício.

Art. 89 - É assegurado ao Aposentado que contribuiu para planos de saúde contratados a partir de dois de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de DEZ anos, o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, com exceção ao previsto no §7º do artigo 90 deste Regulamento.

§1º. Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de UM ano para cada ano de contribuição ao Plano de Saúde, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal acrescida do valor de responsabilidade das Patrocinadoras, bem como sua coparticipação, obedecido ao disposto no art. 31 da Lei nº 9.656/98 e regulamentação da ANS.

§2º. A manutenção no SaneSaúde é extensiva, obrigatoriamente, a todos os Beneficiários Dependentes.

§3º. Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes inscritos no SaneSaúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Titular, desde que assumam o pagamento integral da contribuição mensal bem como suas coparticipações.

§4º. O aposentado poderá optar pela manutenção da condição de Beneficiário do SaneSaúde no prazo máximo de TRINTA dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

§5º. Feita a opção, o Beneficiário deverá comparecer na sede da FUNDAÇÃO SANEPAR, dentro do prazo mencionado no parágrafo anterior, para formalizar a sua adesão, sob pena de extinção do benefício.

CAPÍTULO XVII

CONDIÇÕES DA PERDA E DO REINGRESSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 90 - Ocorrerá o cancelamento da inscrição como Beneficiário do plano, nas seguintes condições:

I - Beneficiário Titular:

- a)** que vier a falecer;
- b)** que requerer o cancelamento de sua inscrição;
- c)** que atrasar por um período superior a **SESSENTA** dias, consecutivos ou não, nos últimos **DOZE** meses de contrato, o pagamento de suas contribuições mensais ou coparticipação e nas condições estabelecidas no §9º, deste artigo;
- d)** que perder o vínculo com as Patrocinadoras por rescisão sem justa causa ou aposentadoria, conforme estabelecido nos artigos 88 e 89 deste Regulamento;
- e)** por afastamento sem remuneração;
- f)** por desligamento da Patrocinadora por justa causa.

II - Beneficiário Dependente:

- a)** do cônjuge, após a anulação do casamento, ou após a separação legal mediante apresentação da certidão com averbação do divórcio ou documento de separação judicial que produza os efeitos legais necessários;
- b)** do filho e enteado solteiro ao atingir a idade limite de **VINTE E UM** anos ou de **VINTE E QUATRO** anos incompletos, no caso de estudante universitário;
- c)** do filho e enteado solteiro ao concluir ou interromper o curso universitário (maior de **VINTE E UM** anos e menores de **VINTE E QUATRO** anos incompletos);
- d)** do filho e enteado solteiro e do filho designado, pelo casamento;
- e)** do filho, enteado e menor sob guarda ou tutela pelo casamento, emancipação ou falecimento ou convívio marital;
- f)** do cônjuge, do filho e enteado e do menor sob guarda ou tutela pelo cancelamento do Beneficiário Titular;
- g)** do(a) companheiro(a) pelo rompimento da relação de convívio marital.
- h)** do menor sob guarda ou tutela ao atingir a idade limite ou período expresso no termo de guarda;
- i)** por solicitação escrita do Beneficiário Titular, observadas as condições estabelecidas no §12 deste artigo.

§1º. No caso de falecimento do Beneficiário Titular, será facultada a manutenção dos dependentes, devendo os mesmos fazer nova inscrição num prazo máximo de **QUARENTA E CINCO** dias, na condição de pensionista. Se

não ocorrer a manifestação por parte dos dependentes no referido prazo, será efetivado o cancelamento.

§2º. O afastamento sem remuneração do Beneficiário Titular, em conformidade com as alíneas “a” e “d”, inciso I do artigo 12 deste Regulamento, poderá permitir a manutenção da inscrição no plano, através de requerimento formalizado, num prazo máximo de TRINTA dias, desde que este Beneficiário assuma integralmente o pagamento da sua contribuição mensal e da contribuição da Patrocinadora. Se não ocorrer a manifestação no referido prazo, será efetivado o cancelamento.

§3º. Empregados que venham a se aposentar no Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS e que sejam desligados por rescisão de contrato sem justa causa ou exoneração, deverão optar pela permanência ou não no SaneSaúde num prazo máximo de TRINTA dias, na condição de aposentados, observando o disposto no artigo 89 deste Regulamento.

§4º. A perda do vínculo empregatício sem justa causa com a Patrocinadora, que não seja por motivo de aposentadoria, não implicará no cancelamento da inscrição do Beneficiário, desde que no prazo de TRINTA dias o mesmo venha a optar pela permanência no SaneSaúde nos termos do artigo 88 deste Regulamento.

§5º. O filho e enteado solteiro mencionados neste artigo, serão automaticamente desligados do SaneSaúde ao atingirem as idades limites de 21 ou 24 anos incompletos, podendo, mediante solicitação escrita do Beneficiário Titular, serem integrados ao SaneSaúde como “designado” conforme as condições estabelecidas neste Regulamento, com custeio integral das contribuições por parte do Beneficiário Titular.

§6º. A FUNDAÇÃO SANEPAR se reserva ao direito de excluir do cadastro, os casos que apresentarem qualquer irregularidade após o deferimento.

§7º. Os Beneficiários Titulares das Patrocinadoras, conforme alínea “a” do inciso I, do artigo 12 deste Regulamento, que aderiram ao plano a partir de MARÇO DE 2002, poderão optar pela permanência no SaneSaúde na aposentadoria, cabendo o mesmo direito aos seus pensionistas e dependentes, desde que assumam o pagamento integral da contribuição mensal, com exceção dos aposentados por invalidez para os quais será mantido o subsídio enquanto perdurar esta condição.

§8º. Os Beneficiários que tiverem suas inscrições canceladas de acordo com os §1º, §2º e §3º deste artigo, somente poderão realizar novas inscrições no plano após a quitação dos débitos porventura existentes.

§9º. Ocorrerá o cancelamento da inscrição, pelo não pagamento da contribuição mensal ou coparticipação por período superior a SESENTA dias, consecutivos ou não, nos últimos DOZE meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

§10. A notificação ao Beneficiário será formalizada por meio de via postal, por correspondência registrada com aviso de recebimento – AR, e encaminhada para seu endereço constante dos registros da FUNDAÇÃO SANEPAR. Para os efeitos deste parágrafo, bem como para o encaminhamento de quaisquer correspondências ou publicações, o Beneficiário reconhece como válido para todos os fins o endereço que forneceu à FUNDAÇÃO SANEPAR e que consta dos seus registros, se não comprovar que anteriormente, havia requerido por escrito sua alteração.

§11. O não pagamento da contribuição mensal pelos Beneficiários, e outras contraprestações nos seus vencimentos, além da penalidade da exclusão prevista neste instrumento, acarretará a imposição da multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em aberto, além dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês ou 0,033% (trinta e três milésimos por cento) por dia de atraso.

§12. A exclusão de inscrição a pedido do Beneficiário Titular, que trata a alínea “I”, inciso II deste artigo, somente poderá ser efetivada desde que o dependente não esteja em internação hospitalar.

§13. Em casos de fraude, devidamente apuradas e comprovadas em processo administrativo interno, serão aplicadas as penalidades previstas em norma interna específica, tendo como pena máxima o cancelamento definitivo do SANESAÚDE por decisão da Diretoria Executiva, na forma prevista no Estatuto da FUNDAÇÃO SANEPAR e observada a legislação vigente, além de responder pelos prejuízos causados pela utilização fraudulenta.

Art. 91 - O cancelamento da inscrição do Beneficiário Titular determinará igual efeito em relação a todos os seus dependentes.

Art. 92 - Os Beneficiários que deixarem de recolher as contribuições mensais e demais obrigações na data exigível terão a sua inscrição cancelada, a partir do 60º (SEXAGÉSIMO) dia de atraso, consecutivos ou não, durante o ano de contrato.

§1º. O cancelamento do SaneSaúde não exime o Beneficiário da obrigação de pagar seus débitos vencidos e vincendos.

§2º. A condição de Beneficiário, perdida nos termos do caput, poderá ser readquirida, uma única vez, observadas as carências deste Regulamento.

CAPÍTULO XVIII

RESCISÃO

Art. 93 - Neste Regulamento não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de Beneficiário. Todavia a FUNDAÇÃO SANEPAR poderá encerrar a operação do plano de

saúde quando houver decisão da competente instância decisória definida no seu Estatuto.

CAPÍTULO XIX

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 94 - Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como na Lei 9.656/98, a FUNDAÇÃO SANEPAR disponibilizará as seguintes coberturas adicionais:

Seção I - INTERNAÇÕES DOMICILIARES (*HOME CARE*)

Art. 95 - Os Beneficiários também poderão ser atendidos pela utilização do sistema de tratamento clínico domiciliar, de caráter não permanente, em substituição às internações hospitalares, através dos convênios previamente acordados entre a FUNDAÇÃO SANEPAR e empresas especializadas neste tipo de atendimento.

Art. 96 - Constituem condições indispensáveis para autorização de internação domiciliar:

- I** - existência na região de empresa cadastrada para prestação dos serviços;
- II** - indicação clínica do médico responsável pelo tratamento do paciente;
- III** - autorização expressa da FUNDAÇÃO SANEPAR, após avaliação e aprovação do plano de tratamento proposto pela empresa responsável pela implantação da internação domiciliar;
- IV** - categoria do domicílio de instalação de equipamentos necessários à internação domiciliar;
- V** - escolha de um cuidador/responsável que supervisionará todas as atividades realizadas e ministradas ao paciente, além de servir de intercâmbio entre paciente/prestador de serviço e FUNDAÇÃO SANEPAR.

Art. 97 - A cobertura do *home care*, após avaliação e autorização da FUNDAÇÃO SANEPAR, restringe-se a:

- I** - cuidados de enfermagem em período integral ou parcial, conforme o caso;
- II** - assistência médica e de outros profissionais da área médica indispensáveis ao tratamento;
- III** - terapias com medicamentos endovenosos, ou hospitalares;
- IV** - dependência de equipamentos e gases medicinais hospitalares que garantam a sobrevivência;
- V** - necessidade de dieta enteral ou parenteral;
- VI** - cuidados com cateteres de longa permanência por período limitado de tempo, ou até que o cuidador/responsável esteja apto a fazê-lo;

- VII** - exames complementares relacionados ao motivo da internação;
- VIII** - fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia exigidos pelo caso, para a recuperação do paciente;
- IX** - curativos de qualquer porte;
- X** - administração de dieta enteral ou parenteral;
- XI** - aspiração oral e traqueal;
- XII** - cuidados com cateteres (vesical, enteral, nasal, etc.);
- XIII** - medicação enteral e parenteral;
- XIV** - nebulização.

Art. 98 - O paciente em *home care* será acompanhado por profissionais da área de saúde da empresa contratada pela FUNDAÇÃO SANEPAR, que em conjunto com o médico assistente definirão o momento da alta.

Art. 99 - Quando da utilização de cobertura de *home care*, o Beneficiário ou seu representante legal obriga-se a:

- I** - indicar um responsável (cuidador) a fim de receber instruções sobre cuidados de saúde e ministrá-los ao paciente, de acordo com as possibilidades previstas pelo prestador de serviços de internamento domiciliar;
- II** - conduzir o plano de cuidador, com orientação, para atingir o maior nível de saúde e bem-estar do paciente, comprometendo-se a participar, quando possível, das decisões relacionadas à implementação, desenvolvimento e revisão do plano de atendimento;
- III** - prover o prestador da internação domiciliar de informações relativas ou decorrentes das suas necessidades para efeitos de cuidado em domicílio, além de permitir, por escrito, a liberação de quaisquer informações, desde que essenciais à prestação do serviço;
- IV** - informar ao prestador de internação domiciliar e à FUNDAÇÃO SANEPAR, dentro do prazo de tratamento, qualquer insatisfação ou questionamento sobre o serviço.

Art. 100 - Estão excluídos da cobertura de *home care* os seguintes cuidados e tratamentos:

- I** - higiene no leito;
- II** - troca de fraldas;
- III** - movimentação do paciente;
- IV** - assistência domiciliar, cujos tratamentos não se referem à substituição de internação hospitalar, podendo estes ser realizados nos endereços dos prestadores credenciados.

Art. 101 - Caberá à FUNDAÇÃO SANEPAR:

- I** - monitorar o tempo de internação domiciliar, com acompanhamento por intermédio de visitas periódicas até o momento da alta;
- II** - certificar que o serviço de internação domiciliar está preparando o paciente para reingressar no atendimento ambulatorial de rotina anterior à sua internação hospitalar e/ou alta;
- III** - avaliar a assistência prestada pelo médico titular e sua equipe multidisciplinar que efetivamente se façam necessárias no processo de

acompanhamento domiciliar e, ainda, considerar a frequência e a qualidade desses atendimentos;

IV - analisar o relatório de visita domiciliar, verificando se o plano de ação proposto pelo serviço de *home care* está efetivamente sendo realizado;

V - avaliar os critérios de independência do paciente em regime de internação domiciliar, que fornecerá subsídios para a previsão da alta do tratamento domiciliar;

VI - solicitar do prestador a emissão de relatórios de todos os atendimentos prestados aos Beneficiários da FUNDAÇÃO SANEPAR.

Seção II – IMPLANTODONTIA

Art. 102 - Cobertura de até OITO implantes dentários, independente da arcada, limitada aos valores e condições previstas na TUSS – Fundação Sanepar, divulgada no *site* da FUNDAÇÃO SANEPAR, para remuneração do tratamento autorizado.

Art. 103 - As opções protéticas oferecidas para realização dos implantes dentários têm por objetivo a reabilitação funcional da arcada dentária do Beneficiário e não a sua recuperação estética, sendo esta uma consequência da primeira. Para tanto as coberturas são as seguintes:

I - enxerto ósseo, para tornar possível a realização do implante, o qual poderá ser realizado nas seguintes técnicas:

- a)** enxerto ósseo exógeno: utiliza osso liofilizado bovino ou humano, para a correção de pequenas falhas e aumento de altura do rebordo ósseo a fim de possibilitar a colocação do implante;
- b)** enxerto ósseo autógeno: remove-se o tecido ósseo de uma região e coloca-se em outra. É utilizado para a correção de pequenas falhas, onde é retirado osso de outra região da boca e colocado na falha;
- c)** enxerto por osteossíntese (amarria): através da remoção de osso da crista do osso ilíaco (quadril) ou do mento (queixo): é realizado em ambiente hospitalar por um cirurgião dentista e um ortopedista;
- d)** prótese total sobre implante ou “Overdenture”: é a prótese realizada em pacientes com implantes dentários instalados em uma arcada dentária que apresenta ausência total dos dentes. Neste caso, são colocados sobre os implantes e nas próteses dispositivos de encaixe que irão melhorar a estabilidade da peça, devolvendo ao paciente a função mastigatória. Neste caso os sistemas mais comumente utilizados são o Barra-Clip e o *O’ring*;
- e)** prótese unitária sobre implantes: é a prótese realizada para a reposição de um dente ausente, isoladamente. Neste caso é parafusada sobre o implante, uma peça chamada *abutment* (pilare de ponte) ou munhão, que vai servir de apoio para a futura coroa, que pode ser realizada em cerômero, metalo-cerâmica ou cerâmica;

f) prótese fixa sobre implantes: é utilizada para cobrir áreas com ausência de dentes, onde os implantes são colocados em menor número do que os dentes com necessidade de reposição, por exemplo, áreas onde são colocados dois implantes e apoiados sobre eles três dentes, sendo um o pântico. Também pode ser realizada em cerômero, metalo-cerâmica e cerâmica.

II - exames de radiografia panorâmica ou tomografia computadorizada para a elaboração da documentação inicial para planejamento dos implantes.

Parágrafo Único - A cobertura destina-se única e exclusivamente à reposição dos dentes perdidos, sejam eles únicos ou múltiplos, assim como para possibilitar o apoio de próteses fixas ou removíveis, a fim de melhorar a estabilidade das peças e permitir mais qualidade na mastigação.

Art. 104 - O Beneficiário interessado deverá apresentar ao perito da FUNDAÇÃO SANEPAR o orçamento/laudo emitido pelo cirurgião dentista que irá realizar o implante, contendo as informações sobre o tipo de implante indicado, visando obter a prévia autorização técnica e liberação administrativa do tratamento.

Parágrafo Único - Somente após a aprovação do perito e autorização da FUNDAÇÃO SANEPAR é que o Beneficiário poderá iniciar o tratamento.

Art. 105 - A implantodontia será custeada em 50% (cinquenta por cento) do seu valor pela FUNDAÇÃO SANEPAR, cabendo ao Beneficiário o custeio dos 50% (cinquenta por cento) restantes a título de coparticipação.

Seção III - PRÓTESE ODONTOLÓGICA

Art. 106 - Cobertura para próteses odontológicas, limitada aos valores e condições previstas na TUSS – Fundação Sanepar, divulgada no *site* da FUNDAÇÃO SANEPAR utilizada para remuneração do tratamento autorizado.

Seção IV – DOCUMENTAÇÃO BÁSICA PARA ORTODONTIA

Art. 107 - Será concedida cobertura para a documentação básica para ortodontia, composta de: modelo ortodôntico (superior e inferior), documentação básica (telerradiografia / panorâmica / UM traçado / CINCO fotos / CINCO slides / UM par de modelo / encadernação / pasta) UMA foto e UM slide, com a finalidade de auxiliar o Beneficiário na colocação do aparelho ortodôntico.

Parágrafo Único - Os procedimentos realizados serão custeados em 70% (setenta por cento) do seu valor pela FUNDAÇÃO SANEPAR, cabendo ao Beneficiário o custeio dos 30% (trinta por cento) restantes a título de coparticipação.

Seção V - REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL – RPG

Art. 108 - Cobertura para RPG, limitada até TRINTA sessões por ano de contrato.

Parágrafo Único - As sessões de RPG serão custeadas em 50% (cinquenta por cento) do seu valor pela FUNDAÇÃO SANEPAR, cabendo ao Beneficiário o custeio dos 50% (cinquenta por cento) restantes a título de coparticipação.

Seção VI – HIDROTERAPIAS

Art. 109 - Cobertura para hidroterapias, limitadas a TRINTA sessões por ano de contrato, custeadas em 50% (cinquenta por cento) do seu valor pela FUNDAÇÃO SANEPAR, cabendo ao Beneficiário o custeio dos 50% (cinquenta por cento) restantes a título de coparticipação.

CAPÍTULO XX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I –DAS OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 110 - São obrigações dos Beneficiários Titulares e de seus respectivos dependentes:

I - conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do SaneSaúde por si próprio e por seus dependentes, respondendo por qualquer irregularidade praticada, que fira ou possibilite o descumprimento das regras estabelecidas;

II - submeter-se à perícia médica ou odontológica sempre que necessário e prestar esclarecimentos sobre a utilização de um benefício ou serviço do SaneSaúde, sempre que solicitado a fim de contribuir com os trabalhos de auditoria médica;

III - formalizar a exclusão de qualquer dependente, que de acordo com o artigo 90 deste Regulamento, venha a perder a condição de Beneficiário do SaneSaúde;

IV - responsabilizar-se formalmente pelos débitos porventura existentes das despesas geradas no SaneSaúde, em caso de exclusão do plano;

V - contribuir mensalmente com o valor determinado pela FUNDAÇÃO SANEPAR ao SaneSaúde;

VI - manter conta corrente bancária, autorizando formalmente à FUNDAÇÃO SANEPAR a efetuar as cobranças através de débito em conta, das despesas originadas pela utilização do SaneSaúde.

§1º. A carteira de identificação do SaneSaúde é de uso estritamente pessoal do Beneficiário, sendo considerada falta grave a utilização dos benefícios ou serviços por terceiros, ficando as despesas dela decorrentes sob a

responsabilidade integral do Beneficiário Titular, além das sanções punitivas normatizadas pela FUNDAÇÃO SANEPAR que poderão resultar na exclusão do Beneficiário do SaneSaúde.

§2º. Conforme consta no Inciso V do artigo 59 deste Regulamento, o Beneficiário que não realizar a perícia final até o prazo de TRINTA dias após o término do tratamento odontológico, estará sujeito ao pagamento da coparticipação do evento realizado e autoriza desde logo o pagamento ao prestador do serviço, considerando o tratamento concluído sem direito a reclamações futuras sobre este.

Seção II – DAS OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO SANEPAR

Art. 111 - São obrigações da FUNDAÇÃO SANEPAR:

- I** - administrar o SaneSaúde, aplicando os recursos arrecadados e disponíveis nos Fundos e efetuando o pagamento das despesas originadas pela utilização dos benefícios ou serviços aos prestadores;
- II** - implantar o desconto em folha ou em conta corrente, das contribuições mensais dos Beneficiários e da coparticipação;
- III** - celebrar convênios, por sua livre iniciativa ou por indicação das Patrocinadoras ou Beneficiários, com os profissionais e entidades que aceitem as tabelas utilizadas pelo SaneSaúde e demais condições estabelecidas pela FUNDAÇÃO SANEPAR, para a prestação dos serviços ou produtos necessários;
- IV** - cancelar convênios com prestadores de serviços, nos casos em que seja comprovada a ocorrência de ações de má conduta ética, moral ou profissional dos mesmos, ferindo as cláusulas contratuais e que venha contra os interesses da FUNDAÇÃO SANEPAR e de seus Beneficiários, sem a necessidade de comunicação prévia aos Beneficiários;
- V** - tomar as medidas necessárias frente às transgressões deste Regulamento.

Seção III – DAS OBRIGAÇÕES DAS PATROCINADORAS

Art. 112 - São obrigações das Patrocinadoras:

- I** - proceder o desconto das contribuições mensais e da coparticipação na folha de pagamento ou de benefícios dos Beneficiários Titulares, especificados nas alíneas “a” e “d”, do Inciso I, do artigo 12 deste Regulamento, repassando os valores para a FUNDAÇÃO SANEPAR;
- II** - repassar o valor correspondente a sua participação no SaneSaúde, dos Beneficiários Titulares;

Seção IV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 113 - Este Regulamento poderá sofrer alterações, cancelamentos ou adaptações no todo ou em parte, a qualquer momento, em função de fatos não previstos e em conformidade com a legislação vigente.

Art. 114 - A administração do SaneSaúde será realizada de forma direta pela FUNDAÇÃO SANEPAR, vedada sua terceirização, ressalvados convênios de reciprocidade com entidades congêneres.

Art. 115 - A aprovação deste Regulamento bem como as necessidades de alterações regulamentares deverão ser obrigatoriamente aprovadas pela Diretoria Executiva, pelo Conselho de Representantes da Fundação Sanepar de Assistência Social e pela Patrocinadora Instituidora, sendo após encaminhado aos órgãos governamentais competentes em consonância com a legislação vigente.

Art. 116 - O não cumprimento das normas ou deste Regulamento exime a FUNDAÇÃO SANEPAR de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos adotados contrariando os dispositivos regulamentares e sem a sua autorização.

Art. 117 - Os Beneficiários Titulares que mantiveram vinculação com a Fundação Sanepar de Previdência e Assistência Social – FUSAN, conforme estabelecido no regulamento anterior, poderão continuar inscritos no SaneSaúde.

Parágrafo Único - A opção estabelecida no caput não contemplará os Beneficiários inscritos após o início de vigência deste novo regulamento.

Art. 118 - O início de vigência deste plano é a partir de 1º de Setembro de 1998.

Art. 119 - Os casos omissos ou não previstos no presente Regulamento serão analisados e decididos pela Diretoria Executiva.

CAPÍTULO XXI

ELEIÇÃO DE FORO

Art. 120 - Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Regulamento, fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular.

CAPÍTULO XXII

VIGÊNCIA DO REGULAMENTO

Art. 121 - Este Regulamento entra em vigor a partir da data de sua aprovação pelos órgãos competentes.

APROVAÇÕES:

DIRETORIA EXECUTIVA EM: 03/10/2017

Cláudia Trindade
Diretora-Presidente

Dirceu Wichnieski
Diretor Administrativo Financeiro

Marcos Cesar Todeschi
Diretor de Serviços Sociais

CONSELHO DE REPRESENTANTES EM: 16/10/2017

Mario Luiz Pompei da Silva
Presidente

Cláudia Trindade
Membro Efetivo

Jair João Thomaz
Membro Efetivo

Rafael Francis Leite
Membro Efetivo

Sandra Regina Amorielo
Membro Efetivo

DIRETORIA DA PATROCINADORA/SANEPAR EM: 21/12/2017

Mounir Chaowiche
Diretor-Presidente

Antônio Carlos Salles Belinati
Diretor Comercial

Flavio Luís Coutinho Slivinski
Diretor Jurídico

Glauco Machado Requião
Diretor de Meio Ambiente e Ação Social

João Martinho Cleto Reis Junior
Diretor de Investimentos

Luciano Valério Bello Machado
Diretor Administrativo

Paulo Alberto Dedavid
Diretor Operacional

Paulo Rogério Bragatto Battiston
Diretor Financeiro

ANEXO I

GLOSSÁRIO

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

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

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Autarquia sob regime especial, que tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados.

Área geográfica de abrangência

Categorização do tipo de extensão territorial em que o plano de saúde possui cobertura. A cobertura está dividida nas seguintes categorias: Nacional; Estadual; Grupo de Estados; Municipal; e Grupo de Municípios.

Autogestão

Modalidade na qual é classificada uma entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares.

Beneficiário Titular

É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

Beneficiário dependente

É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência a um beneficiário titular.

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – CAPD

Tipo de diálise.

Carência de plano privado de assistência à saúde

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

Os prazos máximos de carência, segundo a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, são:

- a) urgência e emergência: 24 horas;
- b) parto, a partir da 38ª semana de gravidez: 300 dias (o parto que ocorre antes dessa semana gestacional é tratado como um procedimento de urgência);
- c) demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias): 180 dias.

Contrato de plano de saúde coletivo empresarial

Instrumento jurídico, firmado legalmente por pessoa jurídica, que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária.

Coparticipação

Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

Exclusão de cobertura assistencial

Situação na qual, de acordo com a legislação e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

Garantias financeiras

Conjunto de exigências a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde para manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, minimizando os riscos de insolvência. Essas regras preveem a observância de recursos próprios mínimos e constituição de provisões técnicas previstas em regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Livre escolha do prestador

Mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciadas ou referenciadas ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

Provisões técnicas

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

Reembolso de despesa assistencial

Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.

Rede credenciada

Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

Cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação do plano de saúde contratado.

