



FUNSSEST

PLANSAÚDE IV

Atualizado em Dezembro 2020

REGULAMENTO DO PLANO
DE SAÚDE DA FUNSSEST

PLANSAÚDE IV

Registro ANS: 459.597/09-1

Registro Operadora:

ANS Nº 330809

Sumário



TÍTULO I - DOS OBJETIVOS	5
TÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES	6
TÍTULO III - DO PATRIMÔNIO	9
TÍTULO IV - DAS CARÊNCIAS	10
TÍTULO V - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	12
TÍTULO VI - DOS USUÁRIOS	14
TÍTULO VII - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO	19
TÍTULO VIII - DO PLANO	20
TÍTULO IX - DAS COBERTURAS	20
TÍTULO X - DOS PROCEDIMENTOS	25
TÍTULO XI - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS	28
TÍTULO XII - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES	31
TÍTULO XIII - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	34
TÍTULO XIV - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.....	36
TÍTULO XV - DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	38
TÍTULO XVI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	39

PLANSAÚDE IV

TÍTULO I - DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Este instrumento tem por finalidade regulamentar as condições dos Planos de Assistência à Saúde da Fundação de Seguridade Social da ArcelorMittal Brasil - FUNSSEST.

Art. 2º - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº. 9.656/1998, visando à assistência médico-hospitalar, na forma e condições deste instrumento e com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

Art. 3º - Os Planos de Saúde disponibilizados pela FUNSSEST apresentam as seguintes características:

- I. ter prazo indeterminado;
- II. ser custeado, exclusivamente por seus usuários, através de mensalidades, sem finalidade lucrativa;
- III. ater-se às modalidades do programa de promoção, prevenção e proteção à saúde, obedecendo a procedimentos próprios para concessão dos respectivos serviços, considerando o sistema de autogestão.
- IV. plano de saúde está classificado no tipo de contratação coletivo por adesão e com segmentação e número de registro definido conforme tabela abaixo:

Nome do Plano	Registro ANS	Segmentação	Acomodação
Plansaúde IV	459.597/09-1	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual

TÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I. **Acidente Pessoal:** é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;
- II. **Agravo da Contraprestação:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano;
- III. **Atendimento Ambulatorial:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento;
- IV. **Beneficiário:** sinônimo de “Usuário”, definido abaixo no item II;
- V. **Cálculo Atuarial:** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações;
- VI. **Carência:** é o prazo ininterrupto, contado a partir da sua inscrição no plano ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas;
- VII. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. As doenças cobertas por este contrato, são as relacionadas ao Rol de Procedimentos, anexo à Resolução n.º 10, publicada em 4 de novembro de 1998;
- VIII. **Cobertura Parcial Temporária:** é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato;
- IX. **Cobertura:** é o prazo durante o qual o usuário tem direito ao serviço;

- X. **Conselho de Saúde Suplementar (CONSU):** é o órgão coligado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico;
- XI. **Consulta:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário;
- XII. **Coparticipação:** Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Titular à FUNSSEST, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus agregados, definida em termos fixos ou em percentuais.
- XIII. **Doença ou Lesão Preexistente:** Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o usuário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrer, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- XIV. **Doença:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico;
- XV. **Economia Própria:** é a renda superior a 01 (um) salário mínimo, incluindo a do cônjuge se for o caso, considerando para efeito de sua formação, as receitas provenientes de aluguéis, aplicações de capital, rendas de propriedades, aposentadorias, pensões e outras;
- XVI. **Eletivo:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência;
- XVII. **Emergência:** é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente;
- XVIII. **Evento:** é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte;

- XIX. **Exame:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário;
- XX. **Grupo Familiar:** entende-se por grupo familiar, o próprio usuário titular e seus dependentes;
- XXI. **Inscrição:** é o ato de incluir um usuário no plano.
- XXII. **Internação Hospitalar:** é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de intervenção clínica ou cirúrgica;
- XXIII. **Joia:** valor cobrado do usuário titular para sua inclusão e/ou de seus agregados, fora dos prazos previstos nesse regulamento, nos planos de saúde da FUNSSEST;
- XXIV. **Mensalidade:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente a FUNSSEST, em face das coberturas previstas neste Regulamento;
- XXV. **Órtese:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;
- XXVI. **Patologia:** modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- XXVII. **Plano de Aposentados, Pensionistas e Dependentes:** entende-se por Plano de aposentados, pensionistas e dependentes, o plano contratado individualmente por cada participante;
- XXVIII. **Primeiros Socorros:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência;
- XXIX. **Prótese:** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- XXX. **Rol de Procedimentos:** é a lista vigente, editada pela ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios para os planos de saúde;
- XXXI. **Serviço Adicional:** é uma cobertura não obrigatória de serviços adicionais, oferecida aos usuários, nas condições expressas neste Regulamento;

- XXXII. **Tabela de Referência:** é a lista indicativa de procedimentos e coparticipações seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde, utilizada para fins de reembolso, de acordo com as condições expressas no contrato;
- XXXIII. **Urgência:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional;
- XXXIV. **Usuário Agregado:** É aquele indicado pelo usuário titular para participar no Plano de Saúde, desde que obedecidas condições previstas neste Regulamento;
- XXXV. **Usuário Dependente:** são os dependentes do usuário titular, obedecidas as condições previstas neste Regulamento;
- XXXVI. **Usuário Titular:** é o empregado e o ex-empregado demitido sem justa causa que tenha mantido vínculo empregatício com a patrocinadora e/ou aposentado da ArcelorMittal Brasil S.A., que seja participante de/ou assistido por um dos planos previdenciários da FUNSSEST.
- XXXVII. **Usuário:** termo usado para designar todas as pessoas com inscrição ativa no Plano de Saúde, abrangendo os conceitos de Usuário Titular, Usuário Dependente e Usuário Agregado.

Art. 5º - Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência aos(as) usuários(as), aos(as) filhos(as), aos(as) menores etc.

TÍTULO III - DO PATRIMÔNIO

Art. 6º - Constituem recursos do Plano de Saúde:

- I. mensalidade paga pelos usuários;
- II. renda de bens e serviços de qualquer natureza;
- III. créditos, bens e títulos de renda de qualquer natureza;
- IV. mensalidades espontâneas, doações, auxílios ou legados feitos por pessoa física ou jurídica.

Art. 7º - O patrimônio do Plano de Saúde é independente e totalmente desvinculado dos Planos Previdenciários da FUNSSEST, sendo contabilizado em separado no Programa Assistencial, com rubricas específicas, para cada um dos programas, e será destinado integralmente à realização de seus objetivos.

TÍTULO IV - DAS CARÊNCIAS

Art. 8º - Os usuários – titular e seus agregados, regularmente inscritos, cumprirão os prazos de carência, abaixo relacionados, contados a partir da sua inscrição no Plano de Saúde.

- I. 24 (vinte e quatro) horas após o início de vigência para:
 - a) acidentes pessoais ocorridos comprovadamente, a partir da vigência do contrato;
 - b) atendimentos decorrentes de urgência e emergência.
- II. 30 (trinta) dias após o início de sua vigência para:
 - a) consultas e exames básicos (que não são de alta complexidade).
- III. 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua vigência para:
 - a) **internações:** internações clínicas, cirúrgicas e cirurgias eletivas de qualquer espécie, inclusive para transplante de rins e córneas; doenças cardiovasculares, neurovasculares, oncológicas, e aquelas decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substância química;
 - b) **serviços auxiliares e procedimentos médicos:** angioplastias; diálises; endoscopias digestivas, respiratórias e urológicas terapêuticas; fisioterapias; hemodiálises; hemodinâmicas terapêuticas; hemoterapias; laparoscopias; toracoscopias e artroscopias terapêuticas; litotripsias; procedimentos estereotáxicos; quimioterapias; radiocirurgias; radioterapias; remoções e videolaparoscopias terapêuticas.
 - c) **Exames complementares especiais:** Anatomopatologia; angiografias convencionais ou digitais; arteriografias; biópsias; cardiotocografia (monitoragem fetal); colposcopia, densiometria óssea; ecocardiogramas; eletrocardiografias

dinâmicas (holter); eletrococleografias; endoscopias digestivas, respiratórias e urológicas diagnósticas; exames decorrentes de doenças cardiovasculares e neurovasculares; exames genéticos; flebografias; fluresceinografias; laparoscopias; toroscopias e artroscopias diagnósticas; linfografia; MAPA (Monitoragem contínua de Pressão Arterial); medicina nuclear; cintilografias e mapeamentos; neurofisiologia clínica; neuroradiologia; papanicolau; radiologia vascular; ressonância magnética; tomografia computadorizada; ultrassonografias e videolaparoscopias diagnósticas; vulvosopia.

d) **internações de transtornos psiquiátricos.**

IV. 300 (trezentos dias) dias após a data de sua vigência para: Partos a Termo.

§1º - A FUNSSEST não será responsável pelo pagamento de nenhum tipo de despesa decorrente de eventos não cobertos nesse Regulamento.

§2º - Não será permitida a antecipação de pagamento para cumprimento de carências.

§3º - Não serão exigidos prazos de carências nos seguintes casos:

- I. Usuário, empregado da ArcelorMittal Brasil S.A. ou da FUNSSEST aposentado por invalidez, enquanto perdurar esta condição;
- II. Pensionista, cujo cônjuge usuário (Usuário Titular) tiver falecido, desde que esta nova condição seja regularizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias do falecimento do titular.
- III. Ex-empregado da ArcelorMittal Brasil S.A., beneficiado através de programa de incentivo ao desligamento.
- IV. Usuários que atenderem ao previsto no parágrafo único do art. 20.
- V. Empregado transferido de outro site e/ou segmento, aposentado ou desligado da empresa, não isentando das exigências previstas na TÍTULO XII.

TÍTULO V - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Art. 9º - O Plano de Saúde disponibilizado pela FUNSSEST atenderá aos usuários titulares e seus respectivos agregados, através dos profissionais e instituições credenciados indicados no site da FUNSSEST, com área geográfica de abrangência classificada como grupo de municípios: Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra e Guarapari, todos no Estado do Espírito Santo.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Art. 10 - Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos usuários, após o cumprimento das carências específicas, contadas a partir da assinatura da proposta de inscrição, para os procedimentos, conforme o caso, de acordo com as coberturas contratadas.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Art. 11 - Somente terão direito aos serviços cobertos por este Regulamento os usuários regularmente inscritos e em dia com suas obrigações pecuniárias.

Art. 12 - A FUNSSEST assegurará aos usuários os serviços médico-ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia médico-hospitalares, previstos neste regulamento.

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Art. 13 - A FUNSSEST assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, em especial, conforme previsto no TÍTULO IX - DAS COBERTURAS, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à Saúde quando ocorridas dentro da área de abrangência do Plano ou nos casos de urgência e emergência, os quais o reembolso é garantido conforme o disposto no artigo 14.

Art. 14 - O reembolso de que trata o artigo anterior será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, descontados os valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- I. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital (até 12 horas de repouso);
- II. conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- III. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- IV. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- V. declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência;
- VI. preenchimento de Formulário de Reembolso da FUNSSEST em modelo próprio.

Art. 15 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

Art. 16 - O usuário perderá o direito ao reembolso decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data do evento.

CAPÍTULO V - DA REMOÇÃO

Art. 17 - Fica garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária pelo médico assistente, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

Art. 18 - Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude de estar cumprindo a carência de 24 (vinte e quatro) horas, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

- I. Quando a remoção colocar em risco de morte, o paciente, o seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a FUNSSEST desse ônus;
- II. Caberá à FUNSSEST o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III. A FUNSSEST deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;
- IV. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II deste artigo, a FUNSSEST estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

TÍTULO VI - DOS USUÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Art. 19 - São Usuários Titulares do Plano de Saúde previsto no presente Regulamento os empregados, ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados da ArcelorMittal Brasil S.A., que sejam participantes ou assistidos de um dos planos previdenciários da FUNSSEST.

§1º - Para fins do benefício previsto no caput deste artigo, estão excluídos os ex-empregados dispensados imotivadamente, os demissionários e os dispensados por justa causa.

§2º - Para fins de filiação ao Plano de Saúde, equiparam-se à categoria de empregado os pensionistas dos planos previdenciários da FUNSSEST e os administradores da ArcelorMittal Brasil S/A, os membros da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração, bem como os empregados expatriados do grupo ArcelorMittal S/A alocados na ArcelorMittal Brasil S/A – Filial Tubarão por contrato de trabalho temporário.

§3º - Observados o previsto no caput e nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, poderão permanecer como usuários titulares dos Planos de Saúde da FUNSSEST os participantes dos Planos Previdenciários com característica de Contribuição Definida, mesmo que os recursos deste plano tenham se esgotado, exceto por portabilidade ou resgate total.

§4º - Para os casos de empregados expatriados conforme definidos no parágrafo 2º deste artigo, não será exigido o Vínculo aos Planos Previdenciários da FUNSSEST, sendo que o vínculo ao Plano de Saúde será automaticamente rescindido quando do término do contrato de trabalho temporário.

CAPÍTULO II - DOS AGREGADOS

Art. 20 - São usuários agregados, em relação ao usuário titular:

- I. Filho(a) e enteado(a), com idade superior a 21 ou 24, que não esteja cursando escola técnica de segundo grau, graduação ou pós graduação no Brasil.
- II. Os netos e bisnetos do usuário Titular;
- III. Ex-esposas(os) ou ex-companheiras(os) do usuário Titular desde que não haja concorrência com o cônjuge e por decisão judicial;
- IV. irmão, sobrinho consanguíneo, genro, nora, cunhado e primo de primeiro grau do usuário titular;

V. Ex-dependentes do usuário Titular do plano da ArcelorMittal Brasil S.A., desde que a opção de continuidade no plano da FUNSSEST seja efetivada em até 30 (trinta) dias da perda da condição de dependente aproveitando as carências já cumpridas;

§1º - O agregado que se desligar não poderá retornar após a idade limite prevista no §2º. E caso seja elegível para o retorno obedece aos seguintes critérios:

I. Pagamento de joia proporcional ao período entre o desligamento e a opção pelo retorno; e

II. Cumprimento ao previsto nos títulos IV e XII deste regulamento.

§2º - A idade limite para adesão dos agregados previstos nos incisos I, II, III, IV e V será até 39 (trinta e nove) anos.

§3º - O dependente de Titulares do plano da ArcelorMittal Brasil S.A. na forma da Previdência Social que não se enquadrar na condição de dependente legal será admitido no Plano de Saúde na condição de agregado.

§4º - É obrigação do usuário titular comunicar a Fundação quanto à eventual separação, divórcio ou término da convivência de forma estável com o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a).

Art. 21 - Os usuários definidos nos incisos I, II, III, IV e V do artigo 20 poderão, em caso de morte do titular, optar pela manutenção da cobertura no plano assistencial PLANSÁUDE IV, aproveitando-se das carências já cumpridas.

§1º - A opção de que trata o caput desse artigo deverá ser realizada, pelo usuário ou responsável legal, em até 30 (trinta) dias do falecimento do titular, sob pena de perda do benefício descrito neste artigo.

§2º - No caso de cônjuge/companheiro quando da dissolução do matrimônio/união estável o usuário titular deverá informar a Funssest no prazo máximo de 30 (trinta) dias, caso o titular tenha interesse que o ex- cônjuge/companheiro continue com a assistência à saúde no plano de agregado.

§3º - O descumprimento do prazo de notificação do parágrafo segundo é considerado fraude e sujeita o usuário titular ao previsto no artigo 23 deste regulamento.

§4º - Em caso de opção de desligamento do plano a pedido, por inadimplência ou perda de vínculo previdenciário do usuário titular, os agregados previstos no artigo 20 serão automaticamente excluídos do plano ao qual estão vinculados.

CAPÍTULO III - DA INCLUSÃO DE USUÁRIOS

Art. 22 - No ato da inscrição, o usuário titular deverá preencher e assinar a Proposta de Inscrição, apresentar os documentos exigidos pela FUNSSEST, bem como autorizar o pagamento (mediante desconto em folha de pagamento, boleto bancário ou outro método que venha a ser disponibilizado pela FUNSSEST) de suas mensalidades e/ou coparticipações conforme opção de cobrança definida pelo usuário titular.

§1º - A inclusão de agregados deverá ser autorizada pelo usuário titular, que se obriga a autorizar, no ato da inscrição, o pagamento das respectivas mensalidades e/ou coparticipações conforme opção de cobrança definida pelo usuário titular.

§2º - Nos casos em que o salário do usuário titular não seja suficiente para fins de pagamento das mensalidades e/ou coparticipações mediante desconto em folha de pagamento, a FUNSSEST adotará outro método de cobrança, para fins de manutenção do titular e seus agregados, bem como a inclusão de novos usuários.

§3º - O pedido de inclusão do usuário titular no Plano de Saúde que se fizer após 30 (trinta) dias do seu desligamento da ArcelorMittal Brasil S.A., acarretará no pagamento de joia, no valor cumulativo referente ao número de meses decorrentes da data de desligamento até a data de solicitação da inclusão multiplicado pelo valor da mensalidade atual na faixa etária do solicitante.

§4º - O pedido de inclusão de agregados no Plano de Saúde que se fizer após 30 (trinta) dias de sua perda da condição de dependente no plano da ArcelorMittal Brasil S.A., e / ou netos, bisnetos, irmãos, sobrinhos, primos de 1º grau após 30 (trinta) dias do nascimento e/ou genros, noras e cunhados após 30 (trinta) dias do matrimônio,

acarretará ao titular o pagamento de joia, no valor cumulativo referente a 100% do número de meses contados desta data até a data de solicitação da inclusão, multiplicado pelo valor da mensalidade na data da opção, na faixa etária de cada agregado.

§5º - O pedido de reinclusão de agregados no Plano de Saúde acarretará ao titular o pagamento de joia, no valor cumulativo referente a 100% do número de meses contados da data de exclusão de seu respectivo plano da FUNSSEST até a data de solicitação da inclusão multiplicado pelo valor da mensalidade na data da opção, na faixa etária de cada agregado. A inclusão de agregados de empregados será condicionada à participação do titular como sócio do plano de saúde da FUNSSEST.

§6º - O participante não optante pelos Planos de Saúde da FUNSSEST nos prazos mencionados neste regulamento, independentemente do valor a ser pago relativo a joia, como condição para inclusão ou retorno aos planos assistenciais, deverá se submeter a perícia médica em local indicado pela FUNSSEST.

§7º - Aos Participantes de planos previdenciários da FUNSSEST, que não sejam usuários do Plano de Saúde desta entidade, será permitida a adesão a este Plano, desde que efetuem, retroativamente, o pagamento do valor equivalente ao valor cobrado como contribuição de sócio, na data da opção feita pelo participante, multiplicado pelo número de meses entre a data da admissão na ArcelorMittal Brasil S.A., e a data da opção, para os respectivos planos.

CAPÍTULO IV - DA EXCLUSÃO

Art. 23 - São casos de perda de direito ao Plano de Saúde:

- I. perda de vínculo como filiado à FUNSSEST, tais como resgate total ou portabilidade do saldo de reserva previdenciária;
- II. atraso da mensalidade devida por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, desde que o usuário seja comprovadamente avisado até 50º (quinquagésimo) dia;

III. tentativa ou consumação de fraude na utilização dos serviços, por culpa devidamente apurada.

§1º - O usuário poderá desligar-se do Plano de Saúde a qualquer momento, mediante comunicação pelos canais disponibilizados pela FUNSSEST, sem que isto o desobrigue a quitar débitos de sua responsabilidade até a data de seu efetivo desligamento.

§2º - O usuário desligado não terá direito à restituição das mensalidades até então efetuadas, salvo por cobrança indevida.

§3º - O desligamento ou exclusão do usuário titular implica automaticamente no cancelamento da inscrição de seus respectivos usuários agregados e suspensão da utilização dos serviços à saúde, ressalvado o previsto no artigo 21.

§4º - O direito do usuário incurso nos incisos II deste artigo será restabelecido mediante a quitação do débito com os respectivos acréscimos legais e cumprimento das respectivas carências estabelecidas.

TÍTULO VII - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 24 - Para receber atendimento médico e hospitalar, o usuário titular e seu agregado deverão identificar-se perante o profissional ou entidade credenciada mediante apresentação de documento de identidade e do cartão de acesso aos serviços credenciados pelo Plano de Saúde.

§1º - O cartão de acesso aos serviços de assistência médica e hospitalar terá validade definida pelo Conselho Deliberativo da Funssest.

§2º - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, pelos usuários que perderam essa condição ou por exclusão, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.

Art. 25 - O uso indevido do cartão de acesso, de qualquer usuário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo usuário titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

Parágrafo único – Em caso de perda do cartão, o usuário poderá entrar em contato com a FUNSSEST através do SAC, ou emitir novo cartão virtual através do site www.funssesst.com.br.

TÍTULO VIII - DO PLANO

Art. 26 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos.

§1º - Para o atendimento dos serviços cobertos por este Regulamento, o usuário deverá apresentar o cartão de acesso e documento de identidade.

§2º - As coberturas listadas no Título IX estão previstas de acordo com o plano contratado, conforme segmentação indicada na tabela de planos do Plano de Saúde.

TÍTULO IX - DAS COBERTURAS

Art. 27 - Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o usuário terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

§1º - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

§2º - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

§3º - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

§4º - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

§5º - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

§6º - Ao usuário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- III. Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

- IV. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.
- V. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- VI. atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
 - a) atividades educacionais;
 - b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
 - c) atendimento clínico;
 - d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
 - e) implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.
- VII. Os seguintes procedimentos, considerados especiais:
 - a) Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Radioterapia;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
 - e) Hemoterapia ambulatorial;
 - f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- VIII. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

§7º - Ao usuário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, 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. Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- III. Toda e quaisquer taxas, incluindo materiais utilizados;
- IV. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- V. O usuário terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuados os casos de CTI ou similar;
- VI. Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- VII. Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VIII. atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- IX. Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - a) Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - d) Hemoterapia;
 - e) Nutrição enteral ou parenteral;

- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) Embolizações e radiologia intervencionista;
 - h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física.
- X. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII. Transplantes 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 e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELA CONTRATADA:

§8º - Ao usuário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

§9º - A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

- I. Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

- II. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com Coparticipação do usuário de 30% (trinta por cento), observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes. Esse percentual de Coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.
- III. A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

COBERTURA OBSTÉTRICA:

§10 - A cobertura obstétrica abrangerá:

- I. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- II. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- III. Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do usuário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

TÍTULO X - DOS PROCEDIMENTOS

Art. 28 - Para ter acesso às coberturas assistenciais previstas no presente Regulamento, o usuário deverá observar as regras a seguir definidas, ressalvados os casos de urgência e de emergência, em que poderá dirigir-se ao credenciado mais próximo ou ter direito ao reembolso previsto neste Instrumento:

- I. Consultas: o usuário deverá dirigir-se previamente a um dos Centros Clínicos da FUNSSEST, conforme endereços constantes da Lista de Credenciados, e, quando necessário, será autorizado o acesso à rede credenciada, exceto para as especialidades que são definidas como de livre acesso à rede credenciada;

- II. Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: o usuário deverá dirigir-se a um dos prestadores contratados, conforme endereços constantes da Lista de Credenciados, juntamente com o pedido do médico assistente, sendo necessária autorização prévia para os seguintes procedimentos abaixo, nos locais indicados pela FUNSSEST:
- a) exames considerados especiais: Cintilografias; Densitometria óssea; Ecocardiogramas; Ecodoppler; Estudo de vasos com Doppler - Duplex Scan; Mapeamento cerebral; Ressonância nuclear magnética; Tomografia computadorizada; Ultrassonografia obstétrica com Doppler e fluxo obstétrico (fluxometria) e Procedimentos da tabela de honorários médicos CBHPM com porte acima de 5A, inclusive;
 - b) sessões de Psicologia que ultrapassarem o limite de uma sessão por semana.
- III. Todo e qualquer pedido de internação deverá ser encaminhado através de declaração do médico assistente contendo, no mínimo, as seguintes informações: nome do usuário, data e hora da internação; diagnóstico; terapêutica instituída; prazo razoável da alta médica; nome do médico, CRM, CPF e assinatura;
- IV. Para cirurgias eletivas, agendadas previamente e que requeiram internações hospitalares, o usuário deverá se apresentar a um dos locais indicados pela FUNSSEST, constantes no site Funssesst, juntamente com a “Guia de Solicitação de Internação” fornecida pelo médico assistente e os exames complementares, com detalhamento do quadro clínico, para análise e deliberação do Auditor Médico da FUNSSEST;
- V. autorização de internação, depois de aprovada pelo Auditor Médico da FUNSSEST, estará previamente liberada e terá validade de 30 (trinta) dias para sua execução;
- VI. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à FUNSSEST a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente acompanhada de justificativa;
- VII. Por ocasião da concessão de autorização prévia, a FUNSSEST garantirá ao usuário atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento de sua solicitação;

- VIII. Para as internações de urgência e emergência, devidamente justificadas, não é necessário solicitar previamente a aprovação da FUNSSEST. Nesse caso, o Hospital ou o médico assistente deve entrar em contato com a FUNSSEST para regularização, no primeiro dia útil após a ocorrência da internação;
- IX. A FUNSSEST não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários ao prestador do atendimento, correndo tais despesas por conta exclusiva do usuário.

Art. 29 - A FUNSSEST reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

§1º - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao usuário à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressaltados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

§2º - Na hipótese da substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da FUNSSEST, durante período de internação de algum usuário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a FUNSSEST providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

§3º - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

§4º - A FUNSSEST reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer prestador da sua rede credenciada, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste Regulamento.

§5º - As mudanças serão informadas à ANS e aos usuários.

Art. 30 - Nos termos da Resolução Normativa – RN nº 424, em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta

médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento, por profissional da FUNSSEST e por um terceiro, escolhido de comum acordo do profissional solicitante e profissional auditor da FUNSSEST, a partir de lista quádrupla de profissionais com habilitação em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, cuja remuneração ficará a cargo da FUNSSEST.

Art. 31 - DA COPARTICIPAÇÃO: Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo usuário Titular à FUNSSEST, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus agregados, definida em termos fixos ou em percentuais.

§1º - Será cobrado o percentual de coparticipação de 30% (trinta) sobre o valor dos atendimentos realizados fora do regime de internação hospitalar.

§2º - O percentual de Coparticipação estipulado está de acordo com o normativo vigente pela ANS a época da contratação.

TÍTULO XI - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Art. 32 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

§1º - Para os planos de segmentação Ambulatorial, Hospitalar com obstetrícia:

- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FUNSSEST sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual, respeitadas as demais condições contratuais;

- III. 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 à base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- IV. 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 lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- V. 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;
- VI. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VII. Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- VIII. Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- IX. Academias de condicionamento físico, ou Pilates;
- X. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- XI. Exames e Medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF);
- XII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

- XIII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XV. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou como cobertura adicional prevista neste Regulamento;
- XVI. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XVII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pela FUNSSEST;
- XVIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XIX. Cirurgia para mudança de sexo;
- XX. Avaliação pedagógica;
- XXI. Orientações vocacionais;
- XXII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXIII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, ressalvado o realizado em caráter de emergência;
- XXIV. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXV. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXVI. Escleroterapia de veias.

TÍTULO XII - DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

Art. 33 - O usuário deverá informar à FUNSSEST, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o usuário 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 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

§2º - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o usuário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao usuário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

§3º - O usuário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela FUNSSEST, sem qualquer ônus para o usuário.

§4º - Caso o usuário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da FUNSSEST, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§5º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o usuário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o usuário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§6º - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no usuário pela FUNSSEST, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

§7º - Sendo constatada por perícia, ou na entrevista qualificada, ou através de declaração expressa do usuário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a FUNSSEST oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

§8º - Cobertura Parcial Temporária - CPT é 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo usuário ou seu representante legal.

§9º - Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o usuário tenha direito integral à cobertura FUNSSEST, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o usuário.

§10 - Caso a FUNSSEST não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

§11 - Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a FUNSSEST somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

§12 - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

§13 - É vedada à FUNSSEST a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

§14 - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação FUNSSEST e prevista na Lei nº 9.656/1998.

§15 - O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

§16 - Identificado indício de fraude por parte do usuário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a FUNSSEST deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao usuário através de Termo de Comunicação ao usuário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do usuário à Cobertura Parcial Temporária.

§17 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à FUNSSEST caberá o ônus da prova.

§18 - A FUNSSEST poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do usuário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§19 - A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§20 - Se solicitado pela ANS, o usuário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§21 - Após julgamento e acolhida a alegação da FUNSSEST pela ANS, o usuário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela FUNSSEST, bem como será excluído do contrato.

§22 - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TÍTULO XIII - DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 34 - Urgência e Emergência são assim definidos:

- I. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- II. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 35 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, dentro da área de abrangência geográfica, 24 (vinte e quatro) horas após a vinculação do usuário à FUNSSEST.

§1º - Os atendimentos caracterizados como urgência, decorrentes de complicações no processo gestacional, que ocorrerem dentro do período de carência, terão cobertura igual à da segmentação ambulatorial, ou seja, limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento.

§2º - Quando necessária para continuidade do atendimento de urgência e emergência, a internação hospitalar ou a realização de procedimentos exclusivos da internação, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor de 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do usuário, não cabendo qualquer ônus à FUNSSEST.

§3º - O plano oferece cobertura para atendimento para as urgências e emergências em todo o segmento ambulatorial e inclusive aqueles que evoluírem para internação,

desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§4º - Quando da necessidade do atendimento de urgência e emergência, o usuário deverá entrar em contato com a FUNSSEST para obter informações dos locais de atendimento, bem como a forma de acessá-los.

§5º - A FUNSSEST assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica definida neste instrumento, nos casos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

§6º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela FUNSSEST junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os valores de Coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- I. conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- II. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- III. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico;
- IV. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- V. declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência;

- VI. preenchimento de formulário de Reembolso da FUNSSEST em modelo próprio;
- VII. o usuário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

TÍTULO XIV - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DOS USUÁRIOS

Art. 36 - São deveres dos usuários:

- I. Cumprir e fazer cumprir as disposições deste Regulamento;
- II. Pagar suas mensalidades ou outros débitos, mediante desconto em folha de benefícios aposentados, cobrança bancária ou outro meio disponibilizado pela FUNSSEST, não necessariamente por meio impresso, podendo o documento de cobrança ser disponibilizado por meio eletrônico.

§1º - Os usuários (titulares e agregados) são solidariamente responsáveis pelo pagamento de suas contraprestações, podendo a FUNSSEST endereçar as cobranças ao titular ou diretamente aos agregados.

§2º - Nos casos em que o salário do usuário titular não seja suficiente para fins de pagamento das mensalidades e/ou coparticipações mediante desconto em folha de pagamento, a FUNSSEST adotará outro método de cobrança, para fins de manutenção do titular e seus agregados, bem como a inclusão de novos usuários.

CAPÍTULO II - DO REAJUSTE ANUAL DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

Art. 37 - O Plano de Custeio do PLANSAÚDE IV, previsto neste regulamento, será analisado atuarialmente, considerando o período compreendido entre novembro e

outubro de cada ano, visando verificar o seu equilíbrio econômico-atuarial, sendo as mensalidades reajustadas conforme demonstradas no estudo atuarial.

§1º - O reajuste anual será calculado considerando a correção monetária apurada pelo IPCA-IBGE, acumulado no período de análise previsto no Caput, adicionando-se o percentual necessário para a recomposição dos custos calculado em função da taxa de utilização do plano no período de análise previsto no Caput.

§2º - Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao plano na data base, mês de dezembro de cada ano, serão informados à ANS por meio de aplicativo próprio, conforme previsto na legislação vigente.

CAPÍTULO III – DO REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

Art. 38 - A variação do preço em razão da faixa etária (para os planos por faixa etária) incidirá quando o usuário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

§1º - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito, conforme percentuais indicados na tabela de preços anexa a proposta de inscrição.

§2º - Sendo certo que o percentual de variação em cada mudança de faixa etária obedecerá às dez faixas etárias, observando as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima.

Art. 39 - As mensalidades estabelecidas por força deste Regulamento serão expressas em unidade monetária convencionada para fixação do valor das mensalidades, corrigidas com base no custo da assistência à saúde.

CAPÍTULO IV - DA INADIMPLÊNCIA

Art. 40 - Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades, será acrescido ao valor devido o percentual diário de 0,033%, até o limite de 1% (um por cento) ao mês, a título de multa por mora. Além do valor percentual diário limitado a 1% (um por cento) ao mês, será cobrada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido.

TÍTULO XV - DO ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 41 - A FUNSSEST assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, dentro da área de abrangência geográfica do Plano de Saúde, pelo Sistema de Livre Escolha.

§1º - No Sistema de Livre Escolha, os atendimentos médicos são realizados por profissionais e/ou entidades de saúde não pertencentes à rede própria, credenciada ou contratada da FUNSSEST, não sendo necessário passar pelo mecanismo de porta de entrada.

§2º - As despesas do atendimento no Sistema de Livre Escolha serão pagas pelo usuário diretamente ao profissional e/ou entidade que prestou o atendimento, sendo posteriormente reembolsadas ao Titular, observadas as regras de reembolso previstas neste instrumento.

§3º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência (que equivale à relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela FUNSSEST junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os valores de coparticipação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

I. conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

- II. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- III. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente de procedimento cirúrgico;
- IV. relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- V. preenchimento de formulário de Reembolso da FUNSSEST em modelo próprio;

§4º - O usuário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

TÍTULO XVI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42 - Em caso de suspensão do plano de saúde pelos motivos previstos neste regulamento, cessa simultaneamente o direito do usuário de utilização das coberturas deste regulamento, sendo de sua responsabilidade o custeio dos eventuais atendimentos que necessitar sendo estes acordados diretamente com o prestador de serviços.

Art. 43 - O envio de mensagens de cobrança valerá como intimação ao usuário, para todos os efeitos deste Regulamento.

Art. 44 - O usuário titular, por si e por seus agregados, autoriza à FUNSSEST a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Parágrafo único - O usuário titular, por si e por seus agregados, autoriza a FUNSSEST a obter o diagnóstico médico, sempre que necessário, tanto para fins de reembolso aos usuários, como para fins de informações médicas. Fica, desde já, autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos médicos assistentes, ou pelos serviços

credenciados, que se utilizarão à codificação expressa na CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão, ou fornecerão relatórios médicos detalhados.

Art. 45 - Ocorrendo o cancelamento de inscrição de qualquer usuário inscrito no plano, mesmo após o cumprimento das carências estabelecidas neste Regulamento, não haverá, em nenhuma hipótese, ressarcimento do montante das contribuições vertidas ao plano até a data do desligamento.

Art. 46 - O presente regulamento poderá ser extinto a qualquer tempo por decisão de sua instância decisória interna o Conselho Deliberativo da Funssest, sendo garantido aos usuários a ele vinculados, o direito de optar pela continuidade da assistência à saúde em outro plano ofertado pela FUNSSEST, sem a exigência do cumprimento de carências ou CPT já cumpridas.

Parágrafo único – Em caso de extinção do regulamento, a FUNSSEST deverá comunicar aos usuários titulares vinculados ao plano, com antecedência de 60 (sessenta) dias, por meio que seja possível garantir a ciência do usuário titular, informando da decisão e das opções de continuidade da assistência à saúde.

Art. 47 - Os casos omissos deste regulamento serão resolvidos em conformidade com a legislação aplicável às autogestões.



Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 526,
Polo Industrial Tubarão - Serra - ES - CEP 29160-904
Tel. (27) 3348-1210 | funssest@arcelormittal.com.br | www.funssest.com.br