



casembrapa.com.br

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

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Caixa de Assistência dos
Empregados da Empresa Brasileira
de Pesquisa Agropecuária

ANS nº 41640-1

PqEB – Av. W3 Norte (Final) S/N. Prédio da Casembrapa.
Brasília – DF | Caixa Postal 10.811 | CEP: 70.306-970
Tel: (61) 3181-0010 | Ouvidoria: (61) 3181.0010 Opção 3

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA EMBRAPA

Índice

CAPÍTULO I – Características Gerais.....	3
CAPÍTULO II – Atributos do Regulamento	3
CAPÍTULO III – Da inscrição e identificação dos associados titulares e dependentes	4
CAPÍTULO IV – Regras para instrumentos jurídicos de planos coletivos	7
Seção I	7
Do Demitido	7
Seção II.....	7
Do Aposentado	8
Seção III.....	8
Das Disposições Comuns	8
CAPÍTULO V – Da extinção do direito à assistência.....	9
CAPÍTULO VI – Da rede credenciada	13
CAPÍTULO VII – Das Coberturas	14
Do atendimento ambulatorial.....	14
Do atendimento hospitalar	16
CAPÍTULO VIII - Das urgências e emergências	19
CAPÍTULO IX - Da remoção.....	20
CAPÍTULO X - Do reembolso de despesas	21
CAPÍTULO XI – Das doenças e lesões preeexistentes.....	23
CAPÍTULO XII – Das carências	25
CAPÍTULO XIII – Das exclusões de cobertura	26
CAPÍTULO XIV – Da utilização dos serviços e dos mecanismos de regulação	28
CAPÍTULO XV – Das Coparticipações.....	31
CAPÍTULO XVI – Das contribuições e das formas de pagamento	31
CAPÍTULO XVII – Do Reajuste.....	32
CAPÍTULO XVIII – Das disposições gerais.....	33
GLOSSÁRIO	35

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA EMBRAPA

PLANO DE CUSTEIO.....	38
-----------------------	----

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA EMBRAPA

CAPÍTULO I – Características Gerais

Art. 1º – A Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, doravante designada simplesmente Casembrapa, pessoa jurídica de direito privado, é uma associação civil sem finalidade econômica, operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.640-1 e inscrita no CNPJ sob o nº 08.097.092/0001-81, com sede e foro na cidade de Brasília, Distrito Federal, no Parque Estação Biológica - W3 Norte Final, S/N, Ed. Casembrapa, Asa Norte, CEP 70.770-901, que ofertará e gerenciará o Plano de Assistência Médica - PAM objeto deste Regulamento.

Art. 2º - É PATROCINADORA do Plano de Assistência Médica a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária - Embrapa, inscrita no CNPJ sob o nº 00.348.003/0001-10, com sede no Parque Estação Biológica – PQEB, S/N, Edifício Sede, Plano Piloto – Brasília / DF, CEP: 70.770-901.

Parágrafo Único – O Plano de Assistência Médica também será ofertado aos empregados ativos da Casembrapa e respectivo grupo familiar, observando as condições de inscrição previstas neste instrumento, nos termos admitidos pela regulamentação da ANS sobre autogestões, participando a Casembrapa de seu custeio, na forma prevista neste Regulamento.

Art. 3º - O plano tratado neste instrumento é denominado **Plano de Assistência Médica da Embrapa** e está registrado na ANS sob o nº 456.933/08-4, possuindo como Características Gerais:

- I- **Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;**
- II- **Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia;**
- III- **Área Geográfica de Abrangência: Nacional;**
- IV- **Padrão de Acomodação em Internação: Individual;**
- V- **Formação do Preço: Pré-estabelecido.**

CAPÍTULO II – Atributos do Regulamento

Art. 4º – A Casembrapa oferecerá, aos empregados ativos, ex-empregados dispensados sem justa causa, aposentados da Embrapa e da Casembrapa, e respectivos dependentes, cobertura assistencial por meio de plano coletivo, sob o regime de contratação Coletivo Empresarial, na forma e condições previstas neste Regulamento de Benefícios.

Art. 5º – A administração dos recursos financeiros e os serviços assistenciais, bem como a contratação da rede credenciada obedecendo-se à legislação pertinente, sendo assegurada a assistência de que trata o artigo anterior, mediante a prestação continuada de serviços por profissionais de saúde, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios e outros estabelecimentos de saúde credenciados e/ou referenciados diretamente pela Casembrapa, ou, ainda, por intermédio do reembolso de despesas, na forma deste Regulamento de Benefícios.

Art. 6º – O Plano de Assistência Médica compreende plano com segmentação de cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 7º - O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

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

Art. 8º – Poderão se inscrever no Plano de Assistência Médica:

I- Na qualidade de Associado Titular:

- a) Empregado ativo da Embrapa e da Casembrapa;
- b) O empregado de outra instituição, colocado à disposição da Embrapa, desde que com ela mantenha contrato de trabalho.

II- Na qualidade de Dependentes do Associado Titular:

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

Parágrafo Primeiro – A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à

participação do Titular.

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

Parágrafo Terceiro - Os empregados da Embrapa que se enquadram na situação descrita no parágrafo anterior poderão optar por manter o direito à manutenção do Plano de Assistência Médica enquanto perdurar a suspensão contratual, desde que o beneficiário titular assuma o pagamento integral das contribuições mensais. Nesse caso, para garantir a continuidade do benefício, o beneficiário titular deverá formalizar o pedido de manutenção do Plano de Assistência Médica, mediante preenchimento de formulário específico, até 30 (trinta) dias após a suspensão contratual. O formulário deverá ser devidamente entregue à Embrapa.

Parágrafo Quarto - Não será admitida a vinculação de associados duplicados ao Plano de Assistência Médica, devendo ser observadas as seguintes regras:

I- O empregado (a) que tenha cônjuge ou companheiro (a) que trabalhe na mesma empresa Patrocinadora: o associado titular no PAM será aquele enquadrado em referência de maior valor salarial, devendo todos os dependentes serem a ela vinculados, observados os critérios de elegibilidade previstos no inciso II do art. 8º;

II- O dependente que possua vínculo de parentesco com mais de um associado titular no PAM: a inscrição ocorrerá no vínculo do associado titular enquadrado em referência de maior valor salarial;

III- Para os efeitos dos incisos anteriores não será considerado o critério de valor salarial previsto no § 1º. do art. 65 do presente Regulamento, caso existente vínculo familiar com aposentados, pois a apuração de valores de contribuição sempre levará em consideração os empregados que estão com vínculo laboral na patrocinadora, para definição de suas contribuições e de eventuais dependentes, possuindo os aposentados critério próprio.

Parágrafo Quinto – Na hipótese de demissão sem justa causa ou de aposentadoria do cônjuge ou companheiro(a) que trabalhe na Embrapa ou na Casembrapa, será assegurada a este a manutenção no plano de saúde, na qualidade de associado titular, observadas as regras descritas no “CAPÍTULO IV – Regras para instrumentos jurídicos de planos coletivos” deste Regulamento.

Parágrafo Sexto – Caso haja a extinção do vínculo matrimonial ou a dissolução da união estável entre os associados enquadrados na situação descrita no parágrafo quinto acima, será

assegurada a manutenção da assistência à saúde ao cônjuge ou companheiro(a) que trabalhe na Embrapa ou na Casembrapa, mediante admissão no Plano na condição de associado titular, desde que este se manifeste no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da extinção do vínculo matrimonial ou dissolução da união estável, mediante a apresentação de cópia da certidão de casamento contendo averbação da separação judicial ou do divórcio ou de documento comprobatório da dissolução da união estável (escritura pública ou sentença transitada em julgado).

Parágrafo Sétimo – Na ocorrência do parágrafo anterior, os dependentes já inscritos no Plano permanecerão vinculados ao associado titular que perceber o maior valor salarial, salvo por manifestação contrária dos associados ou quando se fizer necessária a alteração da vinculação em respeito à elegibilidade para o Plano de Assistência Médica, conforme regras estabelecidas neste Regulamento.

Parágrafo Oitavo – Os dependentes do empregado enquadrado na condição prevista na alínea “b” do inciso I deste artigo perderão a condição de associados do Plano quando do término da cessão.

Parágrafo Nono – O associado titular poderá inscrever no Plano de Assistência Médica os beneficiários dependentes previstos no inciso II deste artigo, desde que a Proposta de Inscrição seja preenchida e assinada, na qual o beneficiário manifesta sua concordância com os termos deste Regulamento.

Parágrafo Décimo – A condição do estado de invalidez prevista na alínea “c” do inciso I deste Artigo deverá ser comprovada mediante apresentação de Laudo Médico expedido por 2 (dois) especialistas, caso já não tenha sido comprovado na Embrapa ou Casembrapa.

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

Parágrafo Décimo Segundo – Para comprovação da condição de dependente estudante, deverá o Beneficiário apresentar declaração de matrícula em instituição de ensino, renovada semestralmente.

Art. 9º - Caberá à Embrapa encaminhar à Casembrapa as solicitações de inscrição dos Beneficiários, por meio de envio das Propostas de Inscrição devidamente preenchidas, bem como remeter os pedidos de exclusão até o dia pactuado, que será considerado parafins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência, conforme indicado na Proposta de Inscrição.

Parágrafo Único - Durante o exercício do direito de manutenção previsto neste Regulamento, caberá ao próprio Beneficiário (Titular ou Responsável Financeiro) a responsabilidade de que trata o *caput*, respeitadas as limitações previstas na

regulamentação.

Art. 10 - Caberá, ainda, à Embrapa a exibição de documentos que comprovem o vínculodos Titulares com elas próprias e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidadedos Dependentes com o Titular quando solicitados pela Casembrapa.

Parágrafo Único - A Casembrapa tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 11 - É assegurada a inclusão:

I- Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30(trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;

II- Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que inscritos até 30 (trinta) dias da adoção.

Parágrafo Único - A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 12 – Caberá ao associado titular comunicar – de imediato – à respectiva empresa, qualquer alteração de dados pessoais dele e/ou de seus dependentes que determine a perda da condição de beneficiário do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Primeiro - Durante o exercício do direito de manutenção previsto neste Regulamento, a comunicação de que trata o *caput* deve ser realizada diretamente à Casembrapa.

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

CAPÍTULO IV – Regras para instrumentos jurídicos de planos coletivos

Seção I Do Demitido

Art. 13 - Ao Associado Titular que contribuir para o Plano de Assistência Médica, em decorrência de vínculo empregatício mantido junto à Embrapa ou à Casembrapa, no caso de demissão sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com a Embrapa ou com a Casembrapa, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

Parágrafo Primeiro - O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o Plano de Assistência Médica, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24(vinte e quatro) meses.

Parágrafo Segundo - O Titular deve optar pela manutenção no Plano de Assistência Médica, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, sendo que no caso do demitido esse prazo será contado da comunicação da Embrapa ou da Casembrapa quanto ao direito de manutenção da condição de beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão.

Seção II Do Aposentado

Art. 14 - Ao aposentado que contribuir para o Plano de Assistência Médica, em decorrência de vínculo empregatício mantido junto à Embrapa ou à Casembrapa, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal.

Parágrafo Primeiro - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

Parágrafo Segundo - O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da Embrapa ou da Casembrapa, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

Parágrafo Terceiro - Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na Embrapa ou na Casembrapa, quando vier a se desligar, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

Parágrafo Quarto - Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na Embrapa ou na Casembrapa, antes do exercício do direito previsto nesta Seção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

Parágrafo Quinto - O direito de manutenção previsto nesta Seção também será garantido ao ex-empregado da Embrapa e da Casembrapa demitido sem justa causa, que vier se aposentar no período de 30 (trinta) dias após a rescisão do seu contrato de trabalho, observados os prazos e as condições estabelecidas previsto nesta Seção.

Seção III Das Disposições Comuns

Art. 15 - O Plano de Assistência Médica tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos, ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados, pelo que o direito previsto neste Capítulo garantirá a manutenção do ex- empregado neste mesmo Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Primeiro - O direito garantido nesta Seção será assegurado ainda que o beneficiário não esteja contribuindo para o Plano de Assistência Médica no momento da perda do vínculo com a Embrapa ou com a Casembrapa, desde que em algum momento tenha contribuído para o plano. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.

Parágrafo Segundo - A manutenção da condição de beneficiário prevista neste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (dependentes), a critério do próprio titular.

Parágrafo Terceiro - O ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

Parágrafo Quarto - Em caso de óbito do ex-empregado ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no Plano de Assistência Médica dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado ou o aposentado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à Casembrapa sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Quinto - As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

Parágrafo Sexto - O Titular que não contribuir para o Plano de Assistência Médica, durante o período que mantiver o vínculo com a Embrapa ou com a Casembrapa, não terá direito à permanência de que trata este Capítulo, após a perda do vínculo.

Parágrafo Sétimo - O direito de manutenção no Plano de Assistência Médica deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I- Cancelamento pela Embrapa ou pela Casembrapa do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados;**
- II- Quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à Casembrapa;**
- III- Decurso dos prazos de manutenção previstos neste Capítulo.**

Art. 16 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela Embrapa ou pela Casembrapa, não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do Plano de Assistência Médica em relação aos dependentes.

Art. 17 - É assegurado ao ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado e aos seus dependentes vinculados ao Plano de Assistência Médica o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

Art. 18 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO V – Da extinção do direito à assistência

Seção I Da exclusão

Art. 19 - Caberá à Embrapa e à Casembrapa solicitar a exclusão de Beneficiários, nas seguintes situações:

I- Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;

II- Perda da qualidade de Dependente, caso deixe de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Beneficiário.

Art. 20 – Para proceder com a solicitação de exclusão de um Titular do Plano de Assistência Médica, caberá à Embrapa, obrigatória e expressamente, informar à Casembrapa:

I- Se o beneficiário foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;

II- Se o beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na Embrapa após a aposentadoria;

III- Se o beneficiário demitido contribuía para o pagamento do Plano de Assistência Médica ou para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao Plano de Assistência Médica;

IV- Por quanto tempo o beneficiário demitido contribuiu para o pagamento do Plano de Assistência Médica e para programas de assistência à saúde anteriores e sucessores ao Plano de Assistência Médica;

V- Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou

a manter esta condição.

Parágrafo Único - Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos beneficiários do Plano de Assistência Médica, mediante comprovação de que o beneficiário foi comunicado do direito de manutenção previsto na Lei nº 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).

Art. 21 – A Casembrapa poderá excluir a assistência à saúde dos Beneficiários, independente de manifestação da Embrapa ou do próprio Titular, nas seguintes hipóteses:

I- Em caso de fraude ao Plano de Assistência Médica ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

II- Interrupção do pagamento dos valores devidos ao Plano de Assistência Médica, inclusive em função da inscrição de Dependentes, por prazo superior a 120 (cento e vinte) dias;

III- Perda da qualidade de Titular ou de Dependente, para os beneficiários que estejam em exercício do direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento.

Art. 22 - Considera-se perda da qualidade de Associado Titular:

- I- Falecimento;
- II- Perda do vínculo com a Embrapa ou com a Casembrapa;
- III- Voluntariamente, a pedido do próprio beneficiário;
- IV- Decisão administrativa ou judicial;
- V- Outras situações previstas em lei.

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

Parágrafo Segundo – O associado titular excluído do Plano de Assistência Médica poderá solicitar a sua reinscrição no Plano, desde que seja elegível nos termos do art. 8º do Regulamento, hipótese em que será necessário o cumprimento dos períodos de carência estabelecidos neste Regulamento, bem como da cobertura parcial temporária em relação às doenças e lesões preexistentes.

Parágrafo Terceiro – Nos casos de afastamento do país por período superior a 6 (seis) meses e desde que remunerado pela Embrapa ou pela Casembrapa, será assegurado ao associado titular o direito de reinscrição no Plano de Assistência Médica, sem cumprimento de novos períodos de carências, **desde que formalize a solicitação de reingresso ao Plano**

até 30 (trinta) dias do seu retorno ao país.

Parágrafo Quarto – O associado titular aposentado poderá retornar ao Plano de Assistência Médica uma única vez, desde que solicite a reinscrição no período de até 12 (doze) meses da data da sua exclusão.

Parágrafo Quinto – A exclusão da inscrição no Plano a pedido do(a) associado(a) titular à respectiva empresa dar-se-á no mês subsequente ao da solicitação, após a devolução de sua carteira e a de seus dependentes.

Parágrafo Sexto – O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o associado de quitar eventuais débitos com a Casembrapa, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação, ainda que a cobrança venha a ser efetivada após a sua exclusão ao Plano, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo credenciado.

Art. 23 – Em caso de óbito do empregado, que tenha contribuído pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é garantida a permanência no Plano de Assistência Médica dos dependentes inscritos, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à Casembrapa sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, mediante termo de responsabilidade financeira firmado pelo próprio dependente ou seu representante legal, sob pena de exclusão do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Único – Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, a permanência no Plano de Assistência Médica dos dependentes inscritos será assegurada à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

Art. 24 – É vedada a inscrição de novos dependentes, exceto aquela de filhos nascidos até 10 (dez) meses após falecimento do associado titular, respeitado o disposto no art. 12 da Lei nº 9.656/98.

Art. 25 – Os filhos, enteados e menores sob guarda ou tutelados serão automaticamente excluídos do rol de dependentes ao excederem os limites de idade previstos neste Regulamento de Benefícios, ou quando ocorrer uma das seguintes hipóteses:

- I- Casamento ou união estável;**
- II- Exercício de emprego;**
- III- Estabelecimento civil, comercial, ou autônomo com economia própria; e**
- IV- Exclusão do associado titular, exceto no caso de falecimento, e desde que observado o disposto neste Regulamento.**

Parágrafo Único – A utilização da cobertura assistencial oferecida pela Casembrapa, após a exclusão prevista neste Artigo, sem o devido recadastramento, será considerada

indevida, respondendo o associado titular pelas despesas integrais daí decorrentes, sem prejuízo das penalidades legais e regulamentares.

Art. 26 – Nos casos de exclusão de dependentes, o associado titular obriga-se a devolver, à Casembrapa, as respectivas carteiras de identificação, sob pena de responsabilizar-se pelo pagamento dos valores correspondentes à indevida utilização das coberturas assistenciais.

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

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

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

CAPÍTULO VI – Da rede credenciada

Art. 27 – A Casembrapa colocará à disposição dos associados e respectivos dependentes inscritos no Plano de Assistência Médica rede credenciada e/ou referenciada de prestadores de serviços.

Art. 28 – Os credenciamentos de assistência médico-hospitalar serão firmados pela Casembrapa, considerando-se os seguintes aspectos:

- I- A demanda de utilização dos serviços assistenciais, por área de especialidade;**
- II- A qualificação técnica dos profissionais responsáveis; e**
- III- O nível de atendimento e a excelência dos serviços prestados.**

Art. 29 - A lista de prestadores de serviços será atualizada periodicamente, observando- se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da Casembrapa na *Internet*. As informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da Casembrapa na *Internet*, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

Parágrafo Único - A Casembrapa reserva-se ao 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:

- I- É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente, mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência,**

ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

II- No caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição, durante a internação de beneficiários regularmente inscritos no Plano de Assistência Médica, será assegurada sua permanência até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente.

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

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

V- No caso de redimensionamento por redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Art. 30 – A fiscalização e/ou auditoria da assistência prestada nos termos deste Regulamento de Benefícios serão realizadas pela Casembrapa, ou por pessoa natural ou jurídica especialmente designada para esse fim e, ainda, pelos próprios beneficiários do Plano de Assistência Médica.

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

CAPÍTULO VII – Das Coberturas

Art. 31 - A Casembrapa cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da Casembrapa, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao PLANO e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas(DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Seção I Do atendimento ambulatorial

Art. 32 – O Plano de Assistência Médica oferece cobertura ambulatorial com base no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

I- Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a) **Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.**

II- Serviços de apoio a diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**

III- Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;**

IV- Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**

V- Consultas/sessões de psicoterapia, **de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;**

VI- Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **solicitados pelo médico assistente**, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

VII- Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

VIII- Quimioterapia oncológica ambulatorial: 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), **conforme prescrição do médico assistente**, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

IX- 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, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT)**

previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

X- Procedimentos de radioterapia **listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;**

XI- Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

XII- Hemoterapia ambulatorial;

XIII- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), **para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:** (i) miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 a -10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Seção II Do atendimento hospitalar

Art. 33 – O Plano de Assistência Médica oferece cobertura hospitalar com obstetrícia, com base no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a saber:

I- Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, **solicitadas pelo médico assistente;**

II- Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter domiciliar, e alimentação;

III- Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:**

a) **O atendimento deverá ocorrer 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) **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação hospitalar.**

IV- Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;**

V- Remoção do paciente, **nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;**

VI- Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou que seja portador de necessidades especiais, **salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**

VII- Órteses e próteses, registradas na ANVISA, **ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;**

VIII- Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX- 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;

a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

1. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas legais pelos atos praticados;

2. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

X- Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;**

d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

e) Hemoterapia;
f) Nutrição parenteral ou enteral;
g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente

à época do evento;

- i) Radiologia intervencionista;
- j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

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- Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, **conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;**

XIII- Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, **respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção**;
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;
- e) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;

1. O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se à ao critério de fila única de espera e de seleção;

2. As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – quedispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

3. São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XIV- Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XV- Despesas, incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico, ou no caso

de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

XVI- Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou a adoção, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

Art. 34 - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I- O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

II- Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

III- Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

a) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o 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.

IV- Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos haverá cobrança de coparticipação conforme percentual definido no Plano de Custeio, após 30 dias de internação, contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência da adesão do Beneficiário, não cumulativos.

Art. 35 - O presente Regulamento garante, ainda:

I- Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

II- Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;

III- Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;

IV- Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

V- Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou

outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, **quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**

VI- Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CAPÍTULO VIII - Das urgências e emergências

Art. 36 – O Plano de Assistência Médica, com vistas à execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções, desde o primeiro atendimento ambulatorial até a alta hospitalar, assegurará o atendimento necessário para os casos de emergência e urgência.

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

I- Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico;

II- Caso de urgência é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

III- Caso de emergência é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Parágrafo Segundo – Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I- Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao PLANO;

II- Depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

III- Durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;**

IV- Depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V- Durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.**

Parágrafo Terceiro - Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial

Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

CAPÍTULO IX - Da remoção

Art. 37 – A remoção inter-hospitalar será realizada via terrestre, mediante manifestação do médico assistente que ateste a necessidade de remoção do beneficiário, observando a regulamentação da ANS em vigor, sendo necessária prévia autorização da Casembrapa, exceto para os casos específicos relativos a situações caracterizadas como de urgência ou de emergência.

Art. 38 – Nos atendimentos de urgência e emergência médico-hospitalar, estarão contemplados os serviços de remoção terrestre inter-hospitalar (ambulância simples ou por Unidade de Terapia Intensiva móvel) dentro da abrangência geográfica definida neste Regulamento de Benefícios.

Parágrafo Primeiro – A cobertura de remoção para unidade de atendimento da rede do Plano de Assistência Médica será garantida depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

Parágrafo Segundo – A cobertura de remoção para unidade de atendimento do SUS será garantida depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a necessidade de internação para os usuários que estiverem cumprindo carência.

Parágrafo Terceiro – Também será garantida a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

Parágrafo Quarto – Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I- Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário ou seu representante legal e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Casembrapa, desse ônus.

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

III- Na remoção, a Casembrapa deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantia da manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS.

IV- Quando o beneficiário ou seu representante legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a Casembrapa estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X - Do reembolso de despesas

Art. 39 – Os mecanismos de regulação previstos no CAPÍTULO XIV deste Regulamento também se aplicam às solicitações de reembolso, inclusive quanto à necessidade de autorização prévia da Casembrapa para a realização de todos os serviços cobertos, exceto consultas médicas nas especialidades de cirurgia geral, clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia e atendimentos de urgência e emergência.

Art. 40 – A Casembrapa assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde prevista neste instrumento, em função de atendimentos eletivos e de urgência e emergência, prestados dentro da área geográfica de abrangência e atuação do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Primeiro – O beneficiário do Plano de Assistência Médica efetuará o pagamento integral das despesas ao profissional ou instituição e apresentará à Casembrapa os devidos comprovantes para fins de reembolso.

Parágrafo Segundo – A Casembrapa examinará os pedidos de reembolso obedecendo aos parâmetros e valores estabelecidos nas tabelas de preços ajustados com sua rede credenciada e/ou referenciada de prestadores de serviços, no local e mês do atendimento, assegurando-se o reembolso nos limites da respectiva tabela, descontadas as eventuais coparticipações existentes.

Art. 41 – A concessão de reembolso será efetuada diretamente ao associado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à Casembrapa da seguinte documentação:

- I- Autorização prévia da Casembrapa, inclusive com a realização de perícia prévia, quando exigido;**
- II- Requerimento preenchido e assinado em impresso padronizado;**
- III- Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela Casembrapa (recibos ou notas fiscais);**
- IV- Conta analítica (fatura) médico-hospitalar, discriminada e detalhada;**
- V- Relatório médico pormenorizado, indicando a patologia, traumas ou complicações havidas, bem como os procedimentos adotados; e**
- VI- Declaração do médico assistente, especificando a razão da urgência e/ou**

emergência, quando for o caso.

Parágrafo Primeiro – Serão indeferidos os pedidos de reembolso cujos comprovantes contenham emendas ou rasuras, de modo a impossibilitar a exata compreensão de seus termos.

Parágrafo Segundo - Para fins de reembolso, os Beneficiários deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

Parágrafo Terceiro - A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

Parágrafo Quarto - Não poderão ser reembolsadas despesas com procedimentos não cobertos pelo Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Quinto - Eventuais créditos a serem recebidos pelo Beneficiário serão compensados com débitos para o Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Sexto – A tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso está registrada no cartório, estando também disponível na sede da Casembrapa e em seu portal corporativo na *internet*. As revisões na Tabela de Reembolso, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede, ocorrem por decisão do Conselho de Administração da Casembrapa.

Parágrafo Sétimo - Os esclarecimentos a respeito da tabela de reembolso podem ser obtidos na sede da Casembrapa ou pelo telefone da operadora.

CAPÍTULO XI – Das doenças e lesões preexistentes

Art. 42 - Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o Beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão aopresente instrumento.

Art. 43 - No momento da adesão ao presente instrumento, o Beneficiário deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do PLANO, conforme disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo Primeiro - Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao Beneficiário.

Parágrafo Segundo - O Beneficiário 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 pela Casembrapa, sem qualquer ônus para o Beneficiário.

Parágrafo Terceiro - Caso o Beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Casembrapa, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Parágrafo Quarto - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o Beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o Beneficiário 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.

Parágrafo Quinto - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no Beneficiário pela Casembrapa, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 44 - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do Beneficiário, 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 Casembrapa oferecerá a cobertura parcial temporária.

Parágrafo Único - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

Art. 45 - A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo Único - As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela Casembrapa por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e, ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela Casembrapa para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

Art. 46 - 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.

Art. 47 - Exercendo prerrogativa legal, a Casembrapa não optará pelo fornecimento

do Agravo.

Art. 48 - Identificado indício de fraude por parte do Beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Casembrapa deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao Beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do Beneficiário à cobertura parcial temporária.

Parágrafo Primeiro - Instaurado o processo administrativo na ANS, à Casembrapa caberá o ônus da prova.

Parágrafo Segundo - A Casembrapa poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

Parágrafo Quarto - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

Parágrafo Quinto - Após julgamento, e acolhida a alegação da Casembrapa, pela ANS, o Beneficiário 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 Casembrapa, bem como será excluído do Plano de Assistência Médica.

Parágrafo Sexto - Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do Plano de Assistência Médica até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

Art. 49 - O presente capítulo não vigorará para:

I- O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de início do seu vínculo empregatício com a Embrapa ou com a Casembrapa;

II- O Beneficiário Dependente cuja inscrição no Plano de Assistência Médica ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o Plano de Assistência Médica;

III- O Beneficiário Dependente que passar para a condição de Beneficiário Titular, observadas as elegibilidades previstas no presente regulamento ou na legislação.

Parágrafo Único - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outras.

CAPÍTULO XII – Das carências

Art. 50 – Os associados titulares e respectivos dependentes somente farão jus à cobertura assistencial, definida neste Regulamento de Benefícios, se observados os seguintes períodos de carência, contados da data de início da respectiva inscrição:

- I- Casos de urgência e emergência – 24 (vinte e quatro) horas;**
- II- Consultas – 60 (sessenta) dias;**
- III- Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional – 300 (trezentos) dias;**
- IV- Demais situações – 180 (cento e oitenta) dias.**

Art. 51 – É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I- O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de início do seu vínculo empregatício com a Embrapa ou com a Casembrapa;**
- II- O Beneficiário Dependente cuja inscrição no Plano de Assistência Médica ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o Plano de Assistência Médica;**
- III- O Beneficiário Dependente que passar para a condição de Beneficiário Titular, observadas as elegibilidades previstas no presente regulamento ou na legislação.**

Parágrafo Único - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data de início da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outras.

CAPÍTULO XIII – Das exclusões de cobertura

Art. 52 – 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 de Assistência Médica os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I- Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da Casembrapa sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**

- II- Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;**
- III- Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais cobertas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar;**
- IV- Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação Odontológica;**
- V- Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- VI- Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- VII- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;**
- VIII- Avaliação pedagógica;**
- IX- Orientações vocacionais;**
- X- Atendimentos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas por autoridade competente;**
- XI- Despesas com acompanhantes, exceto acomodação e alimentação para pacientes portadores de necessidades especiais, menores de 18 e com idade igual ou superior a 60 anos, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XII- Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XIII- Despesas extra-hospitalares (tais como telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições não previstas no tratamento, objetos destruídos ou danificados, outras despesas de caráter pessoal ou particular e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento);**
- XIV- Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XV- Enfermagem particular em residência ou hospital;**
- XVI- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**
- XVII- Permanência hospitalar após alta médica;**
- XVIII- Internação em acomodação diferente da definida neste Regulamento de Benefícios e todas as despesas adicionais daí consequentes, exceto quando expressamente exigido na regulamentação vigente;**
- XIX- Limpeza de pele;**
- XX- Próteses e órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os**

seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão outecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

- XXI- Investigação de paternidade (DNA), maternidade ou consanguinidade;
- XXII- Fornecimento de óculos e lentes de contato;
- XXIII- Remoção de pacientes de fora ou para fora da área geográfica de cobertura assistencial;
- XXIV- Materiais e medicamentos importados, não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XXV- Transplantes, com exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- XXVI- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- XXVII- Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- XXVIII- Aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;
- XXIX- Sessão, entrevista, consulta, avaliação ou tratamento de terapia de grupo, teste psicotécnico, ginástica, dança, massagem, ducha, ioga, natação e outros esportes;
- XXX- Remoção aérea, fluvial ou marítima, exceto nos casos excepcionais de urgência e emergência, mediante manifestação do médico assistente, que assegure a impossibilidade de remoção terrestre e prévia autorização da Casembrapa, poderá ser autorizada a utilização de remoção inter-hospitalar via aérea;
- XXXI- Cirurgia de mudança de sexo, e quaisquer outras internações hospitalares, cuja finalidade não seja a de exclusivo controle da saúde;
- XXXII- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- XXXIII- Tratamento ilícito ou antiético, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XXXIV- Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
- XXXV- Escleroterapia para fins estéticos;
- XXXVI- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em SPA, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- XXXVII- Aquisição ou aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar, sem a devida justificativa médica e previamente autorizado pela Casembrapa;
- XXXVIII- Assistência domiciliar sem a devida justificativa médica e autorização

prévia da Casembrapa;

XXXIX- Atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica;XL- Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XLI- Demais procedimentos clínicos, cirúrgicos, exames complementares e métodos auxiliares não previstos neste Regulamento de Benefícios;

XLII- Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafallopiana de gameta, doação de óócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas, e respectivos exames.

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

Art. 53 – Os beneficiários do Plano de Assistência Médica serão atendidos por profissionais ou estabelecimentos de saúde – escolhidos com base disponível no site www.casembrapa.org.br – mediante apresentação da carteira personalizada de identificação física ou digital, acompanhada de documento de identificação oficial e, quando necessário, da apresentação da guia de atendimento devidamente emitida e assinada pela Casembrapa para cada caso e evento.

Parágrafo Único - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da Casembrapa.

Art. 54 – São mecanismos de regulação adotados pela Casembrapa:

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

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

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

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

Art. 55 – A Casembrapa, na forma do seu Regimento, poderá adotar, como mecanismos de regulação, a autorização prévia para todos os serviços cobertos, exceto para as consultas médicas realizadas com prestadores de serviços próprios ou por ela credenciados, nas especialidades de cirurgia geral, clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e para os atendimentos de urgência e emergência.

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

- I- Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não seja exposto a algum procedimento além do que cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e benefícios oferecidos pelo Plano de Assistência Médica;**
- II- Forem identificadas distorções ou alterações significativas entre os procedimentos solicitados e os índices de saúde no perfil da população assistida pelo Plano de Assistência Médica;**
- III- Houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização dos benefícios oferecidos pelo Plano de Assistência Médica, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo beneficiário.**

Art. 56 – Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados ou credenciados pela Casembrapa, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja a disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Art. 57 – A diferença de valores decorrentes da opção pela acomodação em quarto privativo de padrão superior será de exclusiva responsabilidade do associado, devendo o respectivo pagamento ser feito por ele diretamente ao estabelecimento hospitalar.

Art. 58 – Para ter assegurado o direito à cobertura dos serviços assistenciais, prestados em regime ambulatorial, que necessitem de autorização prévia, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou a outro estabelecimento de saúde, guia de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela Casembrapa.

Art. 59 – As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas a elas vinculadas (sala de operação, instrumental cirúrgico, curativos, alimentação especial, medicamentos de alto custo, entre outros gastos necessários) e os tratamentos clínicos deverão ser previamente autorizados pela Casembrapa mediante apresentação pelo beneficiário de relatório firmado pelo médico ou cirurgião dentista assistente contendo indicação do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e prognóstico quanto à sua duração.

Parágrafo Único – O profissional assistente acima mencionado poderá solicitar a

prorrogação do tempo de internação por intermédio da apresentação tempestiva de laudo conclusivo e fundamentado, indispensável para análise do caso e concessão ou não de autorização para prosseguimento do tratamento.

Art. 60 – As solicitações de autorização de internações eletivas, sobretudo as com finalidade de terapêutica cirúrgica, deverão ser analisadas previamente pela Casembrapa, a quem caberá emissão de parecer.

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

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

Parágrafo Terceiro – As divergências de natureza técnico-assistencial, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, serão dirimidas por junta constituída pelo profissional solicitante ou indicado pelo beneficiário, por médico da Casembrapa e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima indicados, cuja remuneração ficará a cargo da Casembrapa.

Parágrafo Quarto – Caso o beneficiário escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do beneficiário.

Parágrafo Quinto – Os requisitos e procedimentos para instauração da junta mencionada acima serão conforme disposto na regulamentação vigente.

Art. 61 – As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas à Casembrapa até o 1º (primeiro) dia útil subsequente, mediante histórico do caso, fundamentado em declaração firmada pelo médico assistente, a fim de que seja emitida a guia correspondente, sob pena da não cobertura das despesas.

Art. 62 – Ao ser atendido, o beneficiário deverá conferir, assinar e datar a respectiva guia dos serviços prestados, sendo responsável, portanto, pela exatidão das informações delas constantes.

CAPÍTULO XV – Das Coparticipações

Art. 63 – Além da contribuição mensal devida, será cobrada coparticipação na utilização dos serviços pelos beneficiários, conforme definido no Plano de Custeio.

CAPÍTULO XVI – Das contribuições e das formas de pagamento

Art. 64 - O Plano de Assistência Médica será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

Art. 65 – A contribuição mensal dos associados titulares relativa à cobertura assistencial oferecida pelo Plano de Assistência Médica, para si e respectivos dependentes, corresponderá a um percentual incidente sobre o salário-base que será definido, anualmente, no Plano de Custeio, anexo ao presente Regulamento.

Parágrafo Primeiro – No caso de ex-empregado (demitido sem justa causa ou aposentado) e de responsável financeiro pelo grupo familiar do ex-empregado, será considerado como salário-base, para cálculo da contribuição mensal, a referência salarial a que se encontrava enquadrado o ex-empregado da Embrapa ou da Casembrapa, na época do seu desligamento (por demissão sem justa causa ou por aposentadoria) ou de falecimento, devidamente atualizada, anualmente, pelos índices de correção salarial das respectivas empresas, em decorrência de Convenção Coletiva de Trabalho.

Parágrafo Segundo – A contribuição devida pelos beneficiários mencionados no parágrafo anterior, em relação a si e aos seus dependentes, será acrescida do valor anteriormente de responsabilidade da Embrapa ou da Casembrapa, estabelecido *per capita* (subsídio patronal), definido anualmente, conforme previsto no Plano de Custeio.

Parágrafo Terceiro – O custeio do plano não é variável em função da faixa etária do beneficiário, sendo este definido em percentual de salário para todos os beneficiários e em valor fixo *per capita* para a Embrapa, Casembrapa, além dos beneficiários mencionados no parágrafo primeiro.

Parágrafo Quarto – No ato da contratação ou quando for do interesse do beneficiário, estará à sua disposição o custo por faixa etária, em atendimento ao art. 15 da RN nº 279/11.

Art. 66 – A participação financeira da Patrocinadora Embrapa e da Casembrapa no custeio do Plano de Assistência Médica são definidas conforme convênio celebrado, sendo revista, anualmente, conforme previsto no Plano de Custeio.

Art. 67 – O recebimento do valor das contribuições e de outras obrigações financeiras será realizado, a critério da Casembrapa, mediante:

- I- desconto em folha de pagamento;
- II- débitos em conta corrente bancária e boletos de cobrança; e
- III- outras formas de cobrança.

Art. 68 – Os valores pagos com atraso serão cobrados com acréscimo de encargos financeiros na ordem de 2% (dois por cento) de multa e juros de 1% (um por cento) ao mês ou fração.

Art. 69 – Os valores das contribuições e das coparticipações mencionadas neste Regulamento serão reajustados anualmente, no mês de dezembro de cada ano, pela variação positiva do índice de preços ao consumidor amplo – IPCA, acumulado nos 12 (doze) meses anteriores à data base de reajuste, ou outro índice oficial equivalente.

Parágrafo Primeiro – Caso as negociações não sejam encerradas dentro do período definido como data base, quando por discordância ou necessidade de revisão atuarial técnica, poderão ser aplicadas cobranças retroativas, desde que previamente deliberadas pelo Conselho de Administração da Casembrapa, garantindo a diluição da diferença entre o montante ora suspenso nas mensalidades do ano corrente, visando a plena recomposição desses valores e equilíbrio da carteira, sem qualquer imposição de prejuízo severo aos beneficiários.

Art. 70 – Além do reajuste financeiro previsto no artigo precedente, os valores das contribuições e das coparticipações serão revisados tecnicamente, desde que devidamente aprovados pelo Conselho de Administração da Casembrapa e respaldados na avaliação atuarial do plano, que levará em consideração, dentre outras, as seguintes situações:

- I- Aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;**
- II- Aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições do plano; e,**
- III- Alteração sensível na composição do grupo inscrito no plano.**

Parágrafo Primeiro - Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao plano deverão ser comunicados à ANS, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

Parágrafo Segundo - Independente da data de adesão do beneficiário, os valores das suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do custeio, entendendo esta como data base única.

Parágrafo Terceiro - Caso nova legislação venha a autorizar o reajuste em período inferior a 12 (doze) meses, haverá aplicação imediata sobre este instrumento.

Art. 71 - Para os casos em que seja obrigatória a adoção de *pool* de risco, em virtude do cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho de Administração da Casembrapa para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, conforme regras estabelecidas no Convênio de Adesão.

CAPÍTULO XVIII – Das disposições gerais

Art. 72 – Na hipótese de representação formulada contra beneficiário do Plano de Assistência Médica por parte de prestadores de serviços, em virtude de conduta reprovável ou cometimento de atos hostis ou ilícitos, a Diretoria-Executiva da Casembrapa terá a competência para apurar e adotar as medidas administrativas visando à solução do caso.

Art. 73 – O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Art. 74 – A Diretoria-Executiva da Casembrapa expedirá normas complementares visando à operacionalização deste Regulamento de Benefícios.

Art. 75 – Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regulamento serão decididos pelo Conselho de Administração da Casembrapa, mediante homologação pela Embrapa.

Art. 76 – No caso de extinção do plano de saúde por deliberação do Conselho de Administração da Casembrapa, os beneficiários serão transferidos para outro plano de saúde oferecido pela própria operadora ou por outra que venha a ser constituída ou contratada pela Embrapa ou pela Casembrapa.

Art. 77 - O encerramento da operação do Plano de Assistência Médica pela Casembrapa se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Art. 78 – Fica eleito o foro de Brasília/DF para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento.

Art. 79 – Esta 7^a edição do Regulamento de Benefícios do Plano de Assistência Médica foi aprovada pelo Conselho de Administração da Casembrapa na 184^a Reunião Extraordinária realizada em 08 de dezembro de 2025.

Brasília, 08 de dezembro de 2025.

GLOSSÁRIO

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

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

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

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

Atendimento ambulatorial – Atendimento de pequenos procedimentos realizados em ambulatório.

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

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

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

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

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

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

Emergência – Evento que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente caracterizado em declaração do médico assistente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Limites de reembolso – Valores máximos pagos pela Casembrapa pela realização de serviços cobertos pelo Plano de Assistência Médica, de acordo com as tabelas de preços ajustadas com a rede credenciada.

Livre escolha – Atendimento por prestadores de serviços não credenciados mediante reembolso, nos limites do estabelecido neste Regulamento.

Procedimentos de alta complexidade – São expressamente indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época.

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

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

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

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

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

Reembolso – É o pagamento parcial ou total de despesas efetuadas pelo associado, dentro dos limites de cobertura assistencial.

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

Retorno de consulta – É qualquer encontro entre médico e paciente para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares ou exclusivamente para prescrição de medicamentos.

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

Urgência – Eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

PLANO DE CUSTEIO

(vigência dezembro de 2025 a novembro de 2026):

Art. 1º - Conforme definido pelo Conselho de Administração da Casembrapa, os montantes de contribuição mensal e de coparticipação previstos no *Capítulo XIV – Das participações nas despesas* e no *Capítulo XV – Das contribuições e das formas de pagamento do Regulamento* passam a vigorar conforme abaixo segue:

I- Contribuição mensal:

- a. Contribuição mensal do associado ativo: **6,97%** (seis vírgula noventa e sete centésimos por cento) do salário-base / por grupo familiar;
- b. Contribuição mensal da Patrocinadora para os associados ativos e seus dependentes: **R\$ 547,86** (quinhentos e quarenta e sete reais e oitenta e seis centavos) per capita; e
- c. Contribuição mensal do associado assistido (ex-empregado, empregado com contrato de trabalho suspenso e dependente mantido no plano de saúde após o óbito do titular): **6,97%** (seis vírgula noventa e sete centésimos por cento) do salário-base / por grupo familiar acrescida da parcela de responsabilidade da Patrocinadora / *per capita*.

II- Além da contribuição mensal de que trata o inciso I, será devida coparticipação na utilização dos serviços pelos beneficiários nos seguintes termos:

- a. Consultas, exames, terapias e quaisquer procedimentos e eventos ambulatoriais, inclusive quando realizados em ambiente hospitalar mas que integram a segmentação ambulatorial pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: 30% (trinta por cento) do custo final de cada evento, limitado ao teto de **R\$ 450,00** (quatrocentos e cinquenta reais) por evento;
- b. Internação, exceto psiquiátrica: valor único de **R\$ 272,50** (duzentos e setenta e dois reais e cinquenta centavos), por internação;
- c. Hospital-dia: **R\$ 272,50** (duzentos e setenta e dois reais e cinquenta centavos), limitado a **30%** (trinta por cento) do custo final do atendimento;
- d. Internação psiquiátrica: **30%** (trinta por cento) dos custos, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência da adesão do beneficiário, não cumulativos.

§1º - A coparticipação de 30% (trinta por cento) de que trata a alínea “a” será devida por todo e qualquer serviço coberto por este Regulamento e que se enquadre na 39 segmentação ambulatorial prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou aqueles que não se enquadrem nas alíneas seguintes.

§2º - Não haverá cobrança de coparticipação nos procedimentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise realizados em ambiente ambulatorial.

§3º - Exclusivamente para fins de cobrança, o desconto mensal da coparticipação não poderá exceder a 20% (vinte por cento) do salário-base do empregado no mês do desconto, ficando o débito remanescente para desconto nos meses subsequentes.

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

Art. 2º – Anualmente, será realizada a avaliação atuarial do Plano, que poderá indicar a necessidade de revisão de seu custeio, inclusive com a aplicação de reajustes técnico-atuariais nas contribuições mensais e nas coparticipações.