



**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA
ADMINISTRAÇÃO DIRETA DO GOVERNO DO ESTADO DO
PARÁ**

REGISTRO ANS: 419591

REGULAMENTO ASPARÁ SAÚDE 4

**CONTRATO
DO PLANO**

ÍNDICE

	PÁG
CAPÍTULO I - DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
Das Coberturas.....	05
Das Coberturas Adicionais.....	06
Da Regulação Médica.....	06
Das Doenças e Lesões Pré-Existentes.....	07
Das Exclusões de Coberturas.....	07
Das Carências e Limites de Coberturas.....	09
CAPÍTULO II - DA SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO FINANCEIRA DO PLANO	
Do Aporte de Integralização ao Fundo de Reserva Atuarial de Sustentabilidade.....	10
Das contraprestações Pecuniárias de Rateio Mensal através do Sistema de Cotas.....	11
Da Tabela de Faixas Etárias e respectivas Cotas.....	11
CAPÍTULO III - DO MOVIMENTO FINANCEIRO.....	12
CAPÍTULO IV - DA ADESÃO, RESCISÃO E EXCLUSÃO DO PLANO	
Da Adesão ao Plano.....	14
Da Rescisão e Exclusão do Plano.....	14
CAPÍTULO V - DO CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES.....	17
CAPÍTULO VI - DA FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	18
CAPÍTULO VII - DO REEMBOLSO DE DESPESAS.....	19
CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	20

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	5
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	5
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	6
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	5
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	5
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	7
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	7

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	9
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	6-9,19
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.	14 -16
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	16
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	5 -11
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	-

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA DO GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ - ASPARÁ

REGULAMENTO DO PRODUTO ASPARÁ SAÚDE 4

CAPÍTULO I

DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Art. 1º A Associação dos Servidores Públicos da Administração Direta do Governo do Estado do Pará - ASPARÁ, entidade sem fins lucrativos, operadora de saúde, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o número 419591, na modalidade de autogestão, prestará a seus associados assistência a saúde, através do produto denominado ASPARÁ SAÚDE 4, número de Registro de Produto na ANS 494.578/23-6, coletivo por adesão, segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com rateio de despesas e sob forma de pós pagamento, conforme a Lei 9656/98, nas condições estabelecidas no presente Regulamento.

Das Coberturas

Art. 2º O produto ASPARÁ SAÚDE 4, devidamente registrado na ANS sob o número 494.578/23-6, reger-se-á pelo disposto no Estatuto da ASPARÁ, pelo presente Regulamento, pelos atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva da ASPARÁ, de conformidade com a Lei 9656/98 e legislações complementares.

§ 1º A cobertura de assistência à saúde será disponibilizada na forma do "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS", conforme especificados em atos expedidos pela Agência Reguladora.

§ 2º Fica ressaltado que todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ou legislação superveniente, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, serão autorizados pelo produto ASPARÁ SAÚDE 4, até o limite estabelecido, desde que estejam de acordo com a regulação prevista, inclusive que seja comprovado pelo médico assistente que foram cumpridas as Diretrizes de Utilização (DUT), os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas relacionados que definem os critérios de obrigatoriedade de cobertura.

§ 3º A assistência à saúde prevista será prestada por meio de atendimento direto, junto aos estabelecimentos e profissionais credenciados, observando sua área de abrangência de grupo de municípios, composto por Belém, Castanhal, Capanema e Conceição do Araguaia, no Estado do Pará.

§ 4º Para o atendimento nos estabelecimentos e profissionais credenciados os beneficiários deverão apresentar o cartão de identificação do ASPARÁ SAÚDE, com prazo de validade em vigor, acompanhado de um documento de identidade oficial com foto.

§ 5º A cobertura para remoção de paciente para outro estabelecimento hospitalar, dentro do limite de área de abrangência de grupo de municípios, poderá ser autorizada quando comprovadamente necessária e caracterizada pelo médico assistente, com prévio conhecimento e aprovação do ASPARÁ SAÚDE 4, exclusivamente por via terrestre;

§ 6º Poderão ser firmados convênios de reciprocidade de urgência e/ou emergência com outras entidades, para atendimento em outras localidades, condicionando o atendimento ao cumprimento pelos beneficiários da regulação médica, deste Regulamento e dos atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva.

§ 7º Nas internações hospitalares, o paciente terá direito a acomodação em apartamento simples com banheiro privativo, com acompanhante, inclusive alimentação para acompanhante de paciente menor de 18 (dezoito) anos de idade e idosos com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, e/ou pessoas portadoras de necessidades especiais, assegurados todos os direitos previstos pela legislação vigente.

§ 8º No caso de filho recém-nascido de participantes do plano, este terá a assistência médica prevista neste Regulamento pelo prazo de 30 (trinta) dias a partir da data do nascimento, havendo continuidade da cobertura, sem carências, se ele for incluso no plano até o final deste prazo, na forma da legislação pertinente.

§ 9º Caso a inclusão do recém-nascido no produto ASPARÁ SAÚDE 4 ultrapasse o limite previsto de 30 (trinta) dias a contar do nascimento, deverá cumprir integralmente os prazos de carências previstos neste Regulamento.

Das Coberturas Adicionais

§ 10º Observado os demais dispositivos deste regulamento, especialmente referentes a exclusões, carências, limites das coberturas e regulação médica, também serão cobertos os seguintes procedimentos adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar:

I - transplantes dos seguintes órgãos: fígado, pulmão, pâncreas-rim, pâncreas isolado e coração, inclusive as despesas com doador e posterior acompanhamento ambulatorial e clínico;

II - cirurgia refrativa para miopia em casos com grau igual ou superior a 3.

Da Regulação Médica

§ 11º A regulação médica no direito e utilização plena das coberturas, considerando que o ASPARÁ SAÚDE 4 é um plano associativo, coletivo por adesão, modalidade de autogestão, sob forma de pós pagamento, com fonte de receitas no rateio de despesas entre todos os beneficiários, será efetivada na forma abaixo:

I - mediante a apresentação, pelo beneficiário, no momento da adesão, da Declaração de Informações sobre sua Saúde, preenchida mediante entrevista qualificada de orientação por médico assistente;

II - mediante o atendimento e cumprimento das solicitações da auditoria médica, quando esta se manifestar sobre pedidos de exames, procedimentos, internações e cirurgias, inclusive materiais, órteses, próteses e medicamentos, cabendo ao beneficiário a apresentação dos documentos originais de justificativas, bem como laudos médicos e exames complementares considerados necessários à emissão da autorização prévia, inclusive relativos aos limites de coberturas;

III - mediante o cumprimento das normas regulamentares e complementares fixadas por atos normativos da Diretoria Executiva;

Das Doenças e Lesões Preexistentes

Art. 3º No caso de doenças e ou lesões pré-existentes, será aplicada a cobertura parcial temporária, conforme previsto na legislação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e alterações supervenientes, vigente a época do evento.

§ 1º Doenças ou Lesões Pré-existentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde.

§ 2º Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

I - Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) - Procedimentos de alta tecnologia e alto custo;

II - Leitos de Alta Tecnologia - Internação em qualquer dos tipos de unidade de tratamento intensivo definidos na Portaria GM n/ 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, e atualizações.

III - Procedimento Cirúrgico - É uma intervenção manual ou instrumental no corpo do paciente realizada por médico cirurgião.

Das Exclusões de Coberturas

Art. 4º Excluem da assistência médica prevista no artigo anterior:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/regularizados no país;

b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO;

c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

II - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

III - procedimentos clínicos e 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 do órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

IV - cosmetologia e epilação (implante de cabelos);

V - esclerose de varizes;

VI - fornecimento de órteses e próteses fora do ato cirúrgico;

VII - atendimento domiciliar, incluindo coleta de exames;

VIII - condicionamento físico, massagem de relaxamento e outras modalidades de atividade física, mesmo que indicadas pelo médico, exceto para reabilitação funcional de paciente cardiopata e pulmonar crônico;

IX - medicamentos de uso ambulatorial/domiciliar;

X - tratamentos e serviços não constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde definidos pela legislação vigente;

XI - a diária de apartamento de retaguarda, quando o paciente for internado na Unidade de Tratamento Intensivo;

XII - compra ou aluguel de equipamentos médico-hospitalares e oxigênio para uso domiciliar ou privado;

XIII - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

XIV - cuidador leigo, enfermagem particular contratada para cuidados gerais ou acompanhamento de pacientes em domicílio, hospitais e clínicas;

XV - terapias alternativas, como fitoterapia, terapia floral, iridologia, ortomolecular, etc., não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde;

XVI - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

XVII - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

XVIII - procedimentos e coberturas não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou que não observem as restrições e limites estabelecidos pela respectiva DUT - Diretriz de Utilização de Tratamento estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, salvo se expressamente previstos neste regulamento, vigente a época do evento.

§ 1º Para efeitos do inciso VI do Artigo 4º, consideram-se:

a) prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido;

b) órtese é entendido 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 utilização do ato cirúrgico.

§ 2º Quando o paciente já estiver sob cuidados do médico responsável pela internação, o ASPARÁ SAÚDE 4 não responderá pelos honorários de outro profissional, da mesma especialidade, que será de responsabilidade direta do beneficiário.

Das Carências e Limites das Coberturas

Art. 5º A assistência à saúde prevista no Artigo 2º deste Regulamento está sujeita as carências abaixo, respeitadas as previsões do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, legislações e alterações supervenientes, vigente a época do evento.

I - urgência e emergência: 24 horas;

II - consultas, exames de laboratórios e de imagem de apoio: 30 (trinta) dias;

III - cirurgias e internações hospitalares: 180 (cento e oitenta) dias;

IV - procedimentos de diagnose: 120 (cento e vinte) dias;

V - parto à termo: 300 (trezentos) dias;

VI - cirurgias eletivas e demais tratamentos previstos neste regulamento: 180 (Cento e oitenta) dias.

Parágrafo Único: Os beneficiários que utilizarem os procedimentos acima mencionados no período da referida carência, terão que pagar diretamente ao credenciado o custo dos serviços prestados ou diretamente e imediatamente ao ASPARÁ SAÚDE 4, caso os valores venham a ser cobrados desta pelos credenciados.

Art. 6º A assistência à saúde prevista no Artigo 2º deste Regulamento está sujeita aos limites indicados para os procedimentos abaixo, cumprida a regulação médica e respeitadas as previsões do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, legislações e alterações supervenientes, vigente a época do evento.

I - procedimentos de diagnose, a nível ambulatorial, inclusive em Pronto Socorro: a partir do décimo segundo exame (inclusive) por código da tabela vigente (por tipo de exame), por ano e por pessoa, o titular deverá assumir os custos;

II - fonoaudiologia: a partir da trigésima sexta sessão (inclusive), por ano e por pessoa, o titular deverá assumir integralmente o custo da sessão excedente;

III - acupuntura: a partir da trigésima sexta (inclusive), por ano e por pessoa, o titular deverá assumir integralmente o custo da sessão excedente;

IV - atendimento psicológico em psicoterapia dinâmica breve: a partir da trigésima sexta sessão (inclusive), por ano e por pessoa, após a alta hospitalar, não cumulativos, o titular deverá assumir integralmente o custo da sessão excedente;

V - sessões de psicoterapia: a partir da décima terceira sessão (inclusive), por ano e por pessoa, o titular deverá assumir os custos;

VI - fisioterapia: a partir da quadragésima sessão (inclusive), por ano e por pessoa, o titular deverá assumir os custos.

VII - terapia ocupacional: a partir da décima terceira sessão (inclusive), por ano e por pessoa, o titular deverá assumir os custos;

VIII - nutricionista: a partir da décima terceira sessão (inclusive), por ano e por pessoa, o titular deverá assumir os custos;

§ 1º Correrão por conta do associado titular que lhes der causa as importâncias correspondentes ao montante das despesas excedentes aos limites previstos neste artigo.

§ 2º Os beneficiários que utilizarem os procedimentos acima mencionados acima dos limites, no período, terão que pagar diretamente ao credenciado o custo dos serviços prestados ou diretamente e imediatamente ao ASPARÁ SAÚDE, caso os valores venham a ser cobrados desta pelos credenciados.

§ 3º Os limites poderão sofrer alterações em conformidade com casos específicos relacionados nas Diretrizes de Utilização ou por decisão de Assembleia Geral da ASPARÁ, respeitada a legislação em vigor.

Art. 7º Considera-se para os fins dos prazos previstos, o ano civil.

Art. 8º Caberá ao ASPARÁ SAÚDE 4 proceder a análise e decisão sobre justificativas e laudos médicos de beneficiários para os limites constantes no Artigo 5º, na forma da regulação médica e legislação vigente na ocasião editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II

DA SUSTENTABILIDADE ECONOMICA FINANCEIRA DO PLANO

Da sustentabilidade econômica financeira do plano, do Aporte de Integralização ao Fundo de Reserva Atuarial de Sustentabilidade, das Contraprestações Pecuniárias de Rateio Mensal através do Sistema de Cotas e Tabela de Faixa Etária com respectivas cotas.

Art. 9º A sustentabilidade econômica financeira do plano tem como premissa que é um plano associativo, coletivo por adesão, modalidade de autogestão, sem finalidade lucrativa, pós pagamento, por rateio entre seus beneficiários de todas as despesas, compromissos financeiros, obrigações com terceiros, composição, recomposição, disponibilidade e garantia de reservas financeiras. Seu objetivo é a manutenção do equilíbrio atuarial e financeiro, possibilitando a arrecadação necessária à sua sustentabilidade, de forma a garantir a prestação continuada dos serviços de saúde, previstos no Regulamento do plano, aos beneficiários que já façam parte do plano e daqueles que ingressem no quadro de beneficiários.

§ 1º As contraprestações pecuniárias dos beneficiários serão efetuadas, cumulativamente da forma abaixo.

I - pelo pagamento do aporte de integralização ao fundo de reserva atuarial de sustentabilidade, que será realizado na adesão ao plano, com objetivo de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e de reservas. Seu valor corresponderá a no máximo 30 (trinta) contraprestações pecuniárias de rateio mensal fixadas para a faixa etária em que estiverem os beneficiários, titulares, dependentes e agregados, vigentes no ato de adesão ao plano. Será fixada por decisão em Assembleia Geral da ASPARÁ, podendo variar de acordo com as faixas etárias. Também poderá ser alterada nas Assembleias Gerais subsequentes, se assim for considerado necessário.

II - pelo pagamento da contraprestação pecuniária de rateio mensal, através de sistema de cotas, fixada pelo rateio proporcional entre os beneficiários, independente de utilização, de acordo com a faixa etária do beneficiário no mês de pagamento, conforme tabela de cotas abaixo. Desta forma, o valor total de todos os compromissos financeiros, custos, despesas e valores de constituição e recomposição de reservas, será dividido pelo número total de cotas sob a responsabilidade financeira de todos os beneficiários ativos no plano, resultando na apuração do valor unitário da cota. A multiplicação do valor unitário da cota pelo total de cotas sob a responsabilidade financeira de cada beneficiário, resultará no valor da contraprestação mensal de rateio individual devida no mês.

TABELA DE FAIXA ETÁRIA E COTAS PARA CÁLCULO DAS CONTRAPRESTAÇÕES PECUNIÁRIAS DE RATEIOS MENSIS DEVIDAS PELOS BENEFICIÁRIOS TITULARES, DEPENDENTES E AGREGADOS.

APARTAMENTO		
FAIXA ETÁRIA	TITULAR OU DEPENDENTE	AGREGADO
0-18	0,64	0,77
19-23	0,82	0,99
24-28	0,94	1,14
29-33	1,00	1,22
34-38	1,05	1,28
39-43	1,20	1,46
44-48	1,85	2,25
49-53	2,47	3,01
54-58	3,13	3,81
59-	3,79	4,61

ENFERMARIA		
FAIXA ETÁRIA	TITULAR OU DEPENDENTE	AGREGADO
0-18	0,60	0,73
19-23	0,77	0,94
24-28	0,85	1,04
29-33	0,94	1,114
34-38	1,01	1,23
39-43	1,14	1,39
44-48	1,61	1,96
49-53	1,93	2,35
54-58	2,45	2,98
59-	2,97	3,61

§ 2º Sempre que ocorrer mudança na faixa etária do beneficiário, a respectiva contraprestação mensal de rateio, decorrente de alteração na tabela de faixa etária de cotas, será reajustada automaticamente, a partir do mês subsequente.

§ 3º Os(as) filhos(as), enteados(as), adotados(as) netos(as) e bisnetos, quando completarem de 21 anos, passarão automaticamente, no mês subsequente, para a condição de beneficiários agregados, sendo aplicado o valor constante da tabela respectiva para cálculo da contraprestação mensal de rateio.

CAPÍTULO III

DO MOVIMENTO FINANCEIRO

Art. 10º Os beneficiários obrigam-se a pagar:

I - o valor do Aporte de Integralização ao Fundo de Reserva Atuarial de Sustentabilidade, quando da adesão ao plano;

II - o valor da Contraprestação Pecuniária de Rateio Mensal, fixada através de rateio por mês ou período, na proporção de suas cotas, calculada na forma do artigo 9º, §1, 2.

III - o valor de compromissos financeiros e despesas de sua própria responsabilidade, inclusive àqueles que utilizarem e excederem às carências, limites e exclusões previstos neste regulamento.

IV - indenização a que se refere o Art. 18º, § 2º;

V - outros valores devidos a qualquer título.

Art. 11º O pagamento de débitos de responsabilidade dos beneficiários, a critério da ASPARÁ, poderá ser feito:

I - mediante consignação em folha de pagamento;

II - mediante débito em conta corrente bancária;

III - mediante boleto para pagamento bancário.

§ 1º O beneficiário titular é o responsável por todas as obrigações financeiras assumidas junto ao ASPARÁ SAÚDE 4, inclusive dos beneficiários dependentes ou agregados que incluir no plano, independente de optar pela separação do montante em mais de uma forma de pagamento.

§ 2º O não pagamento no prazo de vencimento de qualquer obrigação financeira determinará a cobrança de multa correspondente a 2% ao mês e de juros de 1% (um por cento) ao mês ou fração de mês.

§ 3º Quando, por qualquer motivo, não for efetuado o desconto em folha de pagamento ou o débito em conta corrente bancária referente ao débito devido, cabe ao beneficiário identificar em seu contra cheque ou conta corrente bancária a falta do pagamento, com prazo até o quinto dia do mês subsequente ao de referência para comunicar ao ASPARÁ SAÚDE 4 e quitar o débito não efetivado. Se não o fizer neste prazo, serão cobrados a multa e juros previstos, bem como o atendimento será suspenso. Após esse período, caso persista o débito por prazo superior a 60 (sessenta) dias, implicará no cancelamento automático do plano.

§ 4º No caso de cobrança por boleto para pagamento bancário, após a data de vencimento consignada no documento sem o devido pagamento, serão cobrados a multa e os juros previstos, bem como o atendimento será suspenso. Caso persista o débito por prazo superior a 60 (sessenta) dias, implicará no cancelamento automático do plano.

Art. 12º As notificações de débitos, correspondentes a valores excedentes às limitações deste regulamento, serão encaminhadas aos beneficiários para conhecimento e pagamento, no prazo fixado.

§ 1º Caberá a Diretoria da ASPARÁ, decidir sobre a impugnação das notificações de débitos.

§ 2º Vencido o prazo de 30 (trinta) dias, sem liquidação e sem contestação por parte do devedor, os débitos serão considerados líquidos e certos, encaminhados para a cobrança, amigável (extrajudicial) ou judicial, com os acréscimos cabíveis.

CAPÍTULO IV

DA ADESÃO, RESCISÃO E EXCLUSÃO DO PLANO

Da Adesão ao Plano

Art. 13º Podem aderir ao ASPARÁ SAÚDE 4:

I - os associados da Associação dos Servidores Públicos da Administração Direta do Governo do Estado do Pará - ASPARÁ, observadas as condições previstas no Estatuto Social, neste Regulamento e nos atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva;

II - os funcionários da Associação dos Servidores Públicos da Administração Direta do Governo do Estado do Pará - ASPARÁ.

Art. 14º A qualquer tempo, respeitado este Regulamento e os atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva, o beneficiário titular poderá inscrever ou excluir no produto ASPARÁ SAÚDE 4, na categoria:

I - de beneficiário dependente:

a) cônjuge ou companheiro (a);

b) filhos (as), enteados (as) e os/as adotados (as), netos (as) e bisnetos (as), menores de 21 (vinte e um) anos, sendo que ao completarem 21 (vinte e um) anos de idade serão transferidos automaticamente para a categoria de beneficiário agregado.

II - de beneficiário agregado.

a) filhos (as), enteados (as), adotados (as), netos (as) e bisnetos (as), após completarem 21 (vinte e um) anos; genros e noras, bem como o ex-cônjuge ou ex-companheiro que já era beneficiário do produto anteriormente a esta condição.

§ 1º Equipara-se à condição de cônjuge, assim entendidos aqueles que satisfaçam às exigências estabelecidas pela legislação civil em vigor. A companheira ou companheiro deverá apresentar uma declaração de convivência de vida em comum.

§ 2º Para efeitos deste artigo, somente será admitido como beneficiário dependente na condição de filho, o filho havido da união do casal, o enteado ou legalmente adotado, declarado na ficha de inscrição e devidamente identificado.

§ 3º Os filhos de companheiro ou companheira, bem assim os havidos em uniões anteriores, também poderão ser inscritos.

§ 4º Em todos os casos de elegibilidade à adesão ao plano previstos acima, deverá ser comprovado documentalmente a condição.

Art. 15º Os beneficiários titulares, dependentes e/ou agregados são responsáveis pela totalidade das obrigações financeiras decorrentes deste regulamento.

§ 1º Os beneficiários titulares, dependentes e agregados, terão suspensos os direitos à assistência, objeto deste regulamento, quando deixarem de cumprir qualquer obrigação financeira pertinente ao produto ASPARÁ SAÚDE 4.

Art. 16º Para formalizar a adesão ao produto ASPARÁ SAÚDE 4, os beneficiários também deverão cumprir as condições abaixo.

I - apresentar os documentos abaixo, sem prejuízo de complementação na forma dos atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva.

a) comprovante de que o titular é servidor da Administração Direta do Governo do Estado do Pará;

b) proposta de inscrição na ASPARÁ - Associação dos Servidores Públicos da Administração Direta do Governo do Estado do Pará;

c) documentos pessoais: RG, CPF, comprovante de residência, certidões de nascimento ou de adoção, casamento ou declaração de convivência, guarda ou tutela de menor e outros de comprovação de parentesco;

d) número do cartão nacional de saúde;

e) apresentação da Declaração de Informações Sobre Sua Saúde, preenchida mediante entrevista qualificada de orientação por médico, que orientará o beneficiário para o correto preenchimento da referida Declaração, onde são declaradas doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor. No caso do beneficiário omitir o conhecimento de Doenças ou Lesões Pré-Existentes à época da adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficará sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

f) comprovação do pagamento do valor do Aporte de Integralização ao Fundo de Reserva Atuarial de Sustentabilidade, na forma prevista;

g) pagamento da primeira Contraprestação Pecuniária de Rateio Mensal.

II - no caso de adesão de titular que já tenha sido anteriormente beneficiário do ASPARÁ SAÚDE 4 e tenha havido a exclusão, com base no artigo 18º, incisos I e III, deverá apresentar declaração de não possuir débitos da filiação anterior pendentes, inclusive de seus anteriores dependentes e agregados;

III - outros documentos que sejam solicitados por atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva;

IV - a portabilidade de carências já cumpridas em outras operadoras poderá ser requerida na forma da legislação vigente editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e/ou conforme prevista em atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva, devendo ser apresentados os documentos comprobatórios;

Art 17º A formalização da adesão ocorrerá com sua aprovação por ato do ASPARÁ SAÚDE 4, com base na legislação vigente, nas disposições do Estatuto Social, do Regulamento e dos atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva.

Da Rescisão e Exclusão do Plano

Art. 18 ° Os beneficiários titulares, dependentes e/ou agregados, terão seus contratos do ASPARÁ SAÚDE 4 rescindidos, nas seguintes hipóteses:

I - por sua própria vontade, mediante solicitação formal e comunicação prévia;

II - por fraude ou dolo;

III - por inadimplência ou falta de pagamento de qualquer obrigação financeira por um período de 60 (sessenta) dias;

IV - por omissão de informações ou tentativas de obter vantagem indevida, por qualquer meio, inclusive na Declaração de Informações Sobre Sua Saúde apresentada quando de sua adesão ao plano, quando posteriormente for constatada a existência de doenças e lesões pré-existentes não declaradas;

V - por ato ou omissão que impeçam ou dificultem a realização de qualquer procedimento, exame, ação ou diligência necessários ao resguardo da regulação e acompanhamento dos atos e fatos pelo ASPARÁ SAÚDE 4;

VI - por exclusão do beneficiário titular do quadro associativo da ASPARÁ.

VII - por outras situações previstas na legislação editada pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§ 1º A rescisão do contrato do beneficiário titular implicará na rescisão automática dos contratos de seus beneficiários dependentes e agregados.

§ 2º A rescisão do contrato nas hipóteses II e IV acima previstas, implicará em exigência de pagamento, a título de indenização ao ASPARÁ SAÚDE 4, corrigido monetariamente, de quaisquer despesas decorrentes de serviços prestados, utilizados pelos beneficiários titulares, dependentes e agregados, nos últimos 06 (seis) meses.

§ 3º A exclusão do beneficiário titular, dependente e agregado, nas hipóteses previstas neste artigo, não lhe assegura direito a ressarcimento, indenização ou devolução de quaisquer importâncias por estes pagas ou recolhidas a quaisquer títulos aos cofres do ASPARÁ SAÚDE 4.

§ 4º O beneficiário titular que se afastar do serviço público, poderá continuar como integrante do ASPARÁ SAÚDE 4, desde que atenda às obrigações estipuladas neste regulamento e efetue pontualmente o pagamento de suas obrigações financeiras.

§ 5º O beneficiário titular, dependente ou agregado cujo contrato do ASPARÁ SAÚDE 4 tenha sido rescindido na hipótese do artigo 18º, incisos I e III, que solicitar nova adesão ao plano, deverá comprovar não possuir débitos anteriores junto ao ASPARÁ SAÚDE 4, e deverá cumprir integralmente todas as carências previstas no regulamento, bem como cumprir as exigências de contribuição de novo valor de Aporte de Integralização para o Fundo de Reserva Atuarial, não existindo a reinscrição ou revalidação de inscrição no plano com ou sem aproveitamento de qualquer garantia, benefício ou vantagem da filiação anterior.

Art. 19º No caso de falecimento do beneficiário titular, os beneficiários dependentes ou agregados inscritos, poderão informar a opção pela sua permanência como beneficiários do produto ASPARÁ SAÚDE 4, mediante requerimento dirigido a Diretoria Executiva da ASPARÁ, assumindo os compromissos financeiros na forma fixada em ato normativo pela Diretoria Executiva.

§ 1º Ocorrendo o falecimento do associado titular, os beneficiários inscritos na forma do art. 14º, I e II, deste regulamento, terão o direito de usufruir dos serviços prestados pelo produto ASPARÁ SAÚDE 4 pelo prazo de 120 (cento e vinte) dias, independente do pagamento de qualquer contribuição.

§ 2º Dentro do prazo previsto no § 1º, é facultado beneficiário dependente ou agregado, ao tutor ou ao guardião provisório manifestar o desejo de manter os beneficiários dependentes ou agregados vinculados ao produto ASPARÁ SAÚDE 4.

§ 3º Vencido o prazo no caput, sem que os interessados assumam a condição de titulares substitutos e responsáveis financeiros, o ASPARÁ SAÚDE 4 excluirá os beneficiários do plano de saúde, sem prejuízo de cobranças de valores eventualmente devidos.

CAPÍTULO V

DO CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES

Art. 20º Os contratos de credenciamento com pessoas físicas ou jurídicas de assistência à saúde serão firmados pelo Presidente da ASPARÁ em processo interno regular.

Art. 21º Para aprovação dos contratos de credenciamento, serão considerados:

- I - a necessidade dos serviços a serem prestados;
- II - a estrutura e qualidade do pleiteante a credenciado;
- III - o número de entidades credenciadas na especialidade;
- IV - a localidade do estabelecimento.
- V - a entidade a ser credenciada está regularizada junto aos órgãos e autoridades pertinentes.
- VI - outros critérios estabelecidos em atos normativos pela Diretoria Executiva

Parágrafo Único: A aprovação do credenciamento poderá ser precedida de visita junto a entidade interessada, por preposto designado pelo ASPARÁ SAÚDE 4.

Art. 22º A fiscalização da assistência prestada nos termos deste regulamento será procedida pela Diretoria Executiva da ASPARÁ, que poderá designar funcionários ou prepostos para esse fim e pelos associados.

Parágrafo Único: Constatada qualquer irregularidade ou inadequação do serviço, será realizado avaliação do caso pela Diretoria Executiva da ASPARÁ, para adoção das providências necessárias.

Art. 23º Os contratos de credenciamento com entidades de assistência à saúde poderão ser denunciados unilateralmente pela ASPARÁ, devendo ser objeto de comunicação a entidade interessada e aos beneficiários, mediante publicação no órgão de divulgação da associação, com o devido cumprimento da legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 24º Antes de efetuar os pagamentos aos credenciados, o ASPARÁ SAÚDE 4 terá o direito de efetuar a glosa administrativa e técnica.

Art. 25º A lista de rede credenciada estará disponível aos beneficiários no site da ASPARÁ.

CAPÍTULO VI

DA FORMA DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 26º Os beneficiários serão atendidos pelo serviço de assistência à saúde de sua escolha, desde que participante da rede credenciada do produto ASPARÁ SAÚDE 4, nos termos deste regulamento e atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva, mediante requisição e autorização de encaminhamento para cada caso e evento.

Art. 27º Para autorização dos procedimentos, inclusive tratamentos especiais e/ou de alta complexidade, o beneficiário deverá dirigir-se ao ASPARÁ SAÚDE 4, para solicitar autorização prévia e apresentação quando necessário de laudo médico ou perícia médica, que justifique o pedido e sua cobertura. A autorização só terá validade no estabelecimento do prestador de serviços, mediante apresentação da carteira de identificação do beneficiário do ASPARÁ SAÚDE 4, juntamente com documento de identificação oficial com foto, ou certidão de nascimento, para o recém-nascido.

Art. 28º Quando o beneficiário for internado em caráter de urgência/emergência, seu responsável deverá solicitar ao ASPARÁ SAÚDE 4 a liberação de autorização de internação hospitalar no prazo de 48 (quarenta e oito) horas em dias úteis, para ser entregue ao prestador do serviço.

Art. 29º O beneficiário responderá integralmente pelo ônus decorrente da contratação de honorários médicos e demais serviços assistenciais, quando:

I - omitir sua condição de beneficiário do ASPARÁ SAÚDE 4 em entidade credenciada;

II - utilizar dos serviços do ASPARÁ SAÚDE 4, durante a carência prevista no artigo 5º.

Art. 30º O atendimento de urgência/emergência poderá ser feito pela simples apresentação da carteira do ASPARÁ SAÚDE 4 e documento de identificação, sendo que em casos de procedimentos complexos, será solicitada a requisição de prestação de serviços externos no primeiro dia útil após o evento, pelo beneficiário ao ASPARÁ SAÚDE 4, mediante requisição médica. O beneficiário deverá entregar a requisição autorizada ao credenciado.

Art. 31º As autorizações para exames e quaisquer procedimentos, terão validade de 30 (trinta) dias da data da emissão e, uma vez decorrido este prazo, deverão ser apresentadas ao ASPARÁ SAÚDE 4, para a sua anulação ou revalidação, se for o caso.

Art. 32º O ASPARÁ SAÚDE 4 não se responsabilizará pelo insucesso do tratamento médico-hospitalar, por eventual acidente operatório ou por dano real ou suposto ocasionado por medicamento ou tratamento ministrado por entidade de assistência a saúde credenciada, ou mesmo, não credenciada.

CAPÍTULO VII

DO REEMBOLSO DAS DESPESAS

Art. 33º Poderão ser reembolsadas as despesas efetuadas pelos beneficiários com assistência à saúde cobertas pelo produto ASPARÁ SAÚDE 4, excepcionalmente, mediante devida comprovação e análise, quando o beneficiário não tiver utilizado a rede credenciada, excetuando-se aquelas realizadas no exterior.

§ 1º O pedido de reembolso será solicitado através de requerimento não padronizado detalhando a situação, acompanhado da apresentação dos documentos originais de laudos médicos detalhados, recibos e notas fiscais, também originais, comprobatórios das despesas, bem como da apresentação de outros documentos exigidos pela Auditoria Médica da ASPARÁ ou por ato normativo expedido pela Diretoria Executiva.

§ 2º O reembolso previsto neste artigo será limitado aos valores contratados pelo ASPARÁ SAÚDE 4 para remuneração de seus credenciados, nos mesmos procedimentos.

§ 3º No caso de pedidos de exames ou quaisquer procedimentos, quando emitidos por profissionais não credenciados, as solicitações deverão conter todas as informações em conformidade com as exigências do padrão TISS na forma prevista neste regulamento, para a devida análise da auditoria médica. Os beneficiários deverão juntar aos pedidos de exames ou procedimentos de profissionais não credenciados, a documentação necessária à avaliação de reembolso da consulta médica realizada, que será reembolsada nas condições e valores previstos neste regulamento, cabendo a Diretoria Executiva da ASPARÁ avaliar e decidir sobre situações excludentes ou necessidade de fixação de prazos para o cumprimento desta obrigação.

Art. 34º Poderão ser reembolsadas, a título de complementação, despesas com assistência à saúde cobertas pelo produto ASPARÁ SAÚDE 4, excedentes e pagas pelo beneficiário quando a assistência se der por qualquer outra organização de assistência médica hospitalar da qual o paciente seja associado ou contribuinte, observado o limite e restrição prevista no § 2º do artigo anterior.

§ 1º O pedido de reembolso de complementação será solicitado através de requerimento não padronizado detalhando a situação acompanhado da apresentação dos documentos originais de laudos médicos detalhados na forma exigida pela Auditoria Médica do ASPARÁ SAÚDE 4 e dos recibos e notas fiscais, também originais, comprobatórios das despesas, também originais, bem como de outros documentos exigidos por ato normativo expedido pela Diretoria Executiva.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35 ° No caso de extinção do ASPARÁ SAÚDE 4, as reservas líquidas remanescentes, se houverem, serão utilizadas no atendimento dos demais serviços previstos no Estatuto Social da ASPARÁ, assim como no estabelecido pela legislação vigente.

Art. 36 ° As disposições deste regulamento poderão ser objeto de alterações, inclusões ou exclusões mediante atos normativos da Diretoria Executiva da ASPARÁ SAÚDE 4 ou de deliberação em Assembleia Geral da ASPARÁ.

Art. 37 ° Poderão ser instituídos programas especiais de prevenção, acompanhamento e monitoramento de saúde destinados aos beneficiários, inclusive com benefícios de redução de obrigações financeiras para a participação destes nos referidos programas, e/ou com procedimentos específicos e diferenciados de coberturas, exclusões, carências e limitações das constantes neste Regulamento, por ato normativo expedido pela Diretoria Executiva.

Art. 38 ° Poderão ser instituídos programas e ações de adesão de novos beneficiários com benefícios, aplicáveis a determinadas faixas etárias, de redução ou exclusão das obrigações financeiras, inclusive do Aporte para o Fundo de Reserva Atuarial de Sustentabilidade devidas no ato da adesão, além de outras vantagens financeiras temporárias, com objetivo de manter ou melhorar as condições e índices atuarial do plano, por ato normativo expedido pela Diretoria Executiva.

Art. 39 ° Os casos de reciprocidade de assistência à saúde serão normatizados por ato expedido pela Diretoria Executiva, podendo sofrer as alterações necessárias a operacionalização de acordo com os Convênios firmados e das questões operacionais do ASPARÁ.

Art. 40 ° Os atos normativos expedidos pela Diretoria Executiva e contratos, inclusive administrativos e assistenciais, serão assinados pelo Presidente da ASPARÁ.

Art. 41° As dúvidas de interpretação, situações específicas e diferenciadas e os casos omissos serão dirimidos por decisão ato da Diretoria Executiva da ASPARÁ, cabendo recurso à Assembleia Geral da ASPARÁ.

Art. 42 ° Antes de intentar qualquer ação judicial ou extrajudicial contra o ASPARÁ SAUDE 4, o associado que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida, deverá preliminarmente dirigir-se, por escrito, a Diretoria Executiva da ASPARÁ, aguardando solução de sua reclamação por 30 (trinta) dias.

§ 1 ° Caberá, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da ciência do interessado de decisão da Diretoria Executiva da ASPARÁ, recurso à Assembleia Geral da ASPARÁ contra a decisão proferida em reclamação.

§ 2 ° O exercício dos direitos previstos neste artigo não exime o pagamento, por parte do beneficiário, das obrigações previstas no artigo 10 deste Regulamento.

Art. 43° Este regulamento foi aprovado em assembleia geral extraordinária da ASPARÁ, realizada no dia 21.12.2022, deverá ser registrado no cartório próprio.

Art. 44º Fica eleita a Comarca da Capital do Estado do Pará como o competente para dirimir qualquer dúvida ou controvérsia concernemente ao presente contrato.

Aprovada em Assembleia Geral, realizada em 21.12.2022.

Geraldo Henrique de Oliveira Nogueira
CPF: 094.968.582-87
Presidente da Assembleia Geral

Antônio Carlos de Freitas Catete
CPF: 211.557.632-20
Secretário da Assembleia Geral