REGULAMENTO PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS (PASA PLUS)

(COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA)
(ENTIDADE REGISTRADA NA ANS SOB O Nº 33198-8)
(PLANO REGISTRADO NA ANS SOB O Nº 425.858/99-4)

I -DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

ART.1 – A PASA – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO APOSENTADO DA VALE é uma associação civil sem fins econômicos e de natureza assistencial, organizada sob a modalidade de autogestão, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 39.419.809/0001-98, com sede na Av. Presidente Vargas nº 3131, 6º andar, salas 605 e 606, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20210-030, doravante denominada ASSOCIAÇÃO, que tem como objetivo prestar assistência à saúde, na forma e condições estabelecidas no seu Estatuto e neste Regulamento Básico

PARAGRAFO ÚNICO – A abrangência territorial do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS (PASA PLUS) está limitada às cidades listadas a seguir:

I – No Estado do Rio de Janeiro
a) Duque de Caxias
b) Itaboraí
c) Itaguaí
d) Nilópolis
e) Niterói
f) Nova Iguaçu
g) Petrópolis
h) Rio de Janeiro
i) São Gonçalo
j) São João de Meriti
k) Teresópolis

II – No Estado de Minas Gerais
a) Aimorés
b) Araxá
c) Barão de Cocais
d) Belo Horizonte
e) Caeté

f) Congonhas
g) Conselheiro Lafaiete
h) Conselheiro Pena
i) Coronel Fabriciano
j) Governador Valadares
k) Grão Mogol
l) Ipatinga
m) Itabira
n) Itabirito
o) João Monlevade
p) Mariana
q) Montes Claros
r) Nova Era
s) Ouro Branco
t) Ouro Preto
u) Resplendor
v) Rio Piracicaba
w) Salinas
x) Santa Bárbara
y) Santa Luzia
z) São Domingos do Prata
aa) Timóteo
bb) Varginha

III - No Estado do Espírito Santo
a) Aracruz
b) Baixo Grandu
c) Cariacica
d) Colatina
e) Fundão
f) Guarapari
g) João Neiva
h) Linhares
i) São Matheus
j) Serra
k) Vila Velha
l) Vitória

IV – No Estado da Bahia
a) Araci
b) Feira de Santana
c) Salvador
d) Santa Luz
e) Serrinha

f) Teofilândia

V – No Estado do Maranhão
a) Açailândia
b) Arari
c) Buriticupu
d) Imperatriz
e) Santa Inês
f) São Luiz
g) Vitória do Mearim

VI – No Estado do Pará
a) Abaetetuba
b) Ananindeua
c) Barcarena
d) Belém
e) Mãe do Rio
f) Marabá
g) Paragominas
h) Paraupeba
i) São Miguel do Guamá
j) Tomé – Açu

VII – No Estado do Piauí
a) Teresina

VIII – No Estado de São Paulo
a) São Paulo

IX – No Estado de Sergipe
a) Aracaju

ART.2 – A assistência à saúde assegurada pelo PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS (PASA PLUS), em regime de credenciamento, compreende nos termos deste Regulamento:

I – Atendimento médico-ambulatorial, com as restrições do Art. 22 deste Regulamento, compreendendo:
a) consultas médicas em clínicas básicas e especializadas;
b) exames de laboratório;
c) exames radiológicos;
d) tratamentos ambulatoriais;
e) fisioterapia;
f) ultrassonografia;

g) tomografia computadorizada;
h) pronto-socorro infantil, ortopédico e cardiológico;
i) exames especializados relacionados no rol de procedimentos anexo da Resolução nº 10 do CONSU, de 3 de novembro de 1998;
j) ressonância magnética;
k) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, incluindo cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, solicitados pelo médico-assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
l) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada pelo período de até 12 (doze) horas;
m) cobertura de remoção, comprovadamente necessária, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico-assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação ou conforme preconizado em normativas vigentes;
n) hemodiálise e diálise peritoneal;
o) quimioterapia ambulatorial;
p) atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas, as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
q) cobertura à psicoterapia de crise, entendida, exclusivamente, como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais, na área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a doze sessões por ano, não cumulativas;
r) tratamento psiquiátrico básico, prestado por médico, com número ilimitado de consultas.

II – Atendimento médico-hospitalar – tratamento clínico ou cirúrgico que requeira internação hospitalar, nos termos do Art. 21 e com restrições do Art. 22 deste Regulamento, compreendendo:
a) cobertura de internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar;
c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição médico-assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

f) cobertura de remoção, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica do Plano, quando caracterizada pelo médico-assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente;
g) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais exclusivamente quando necessários à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:
g.1 radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
g.2 nutrição parental ou enteral;
g.3 procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
g.4 embolizações e radiologia intervencionista;
g.6 fisioterapia;
g.7 acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea exceto medicação de manutenção;
h) cobertura de cirurgias odontológicas buço-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
i) cobertura de, no máximo, 210 (duzentos e dez) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise com participação do associado de acordo com o Art.21 b.12;
j) cobertura de, no máximo, 195 (cento e noventa e cinco) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, com participação do associado de acordo com Art. 21 b1.1;
k) próteses, exceto as que não sejam ligadas ao ato cirúrgico, ou que estejam relacionadas a procedimentos cirúrgicas ou clínicos para fins estéticos;
l) litotripsia;
m) videolaparoscopia;
n) hipertermia prostática;
o) transplantes de rim e córnea;
p) cirurgia plástica em casos de politraumatizados, queimados e reconstituição de mama após mastectomia nos termos das normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS.

PARÁGRAFO ÚNICO – Definem-se como atendimento de emergência exclusivamente os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico-assistente; e como atendimento de urgência exclusivamente os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

ART. 3 – A assistência à saúde será prestada exclusivamente em regime de credenciamento, por profissionais e entidades previamente credenciados pela Diretoria Executiva da SOCIEDADE.

§ 1º. A rede credenciada poderá ser consultada preferencialmente no sítio eletrônico da Operadora saudepasa.com.br ou aplicativo SAUDE PASA disponível para Android e IOS. Ainda, a consulta pode ser realizada em quaisquer escritórios da ASSOCIAÇÃO ou na Central de Atendimento PASA por meio dos telefones 4004-0183 (capitais) 0800 722 0183 (demais regiões).

§ 2º. A critério da Diretoria Executiva, a rede credenciada da SOCIEDADE poderá ser a mesma da CVRD.

§ 3º. A ASSOCIAÇÃO se reserva o direito de cancelar, sob qualquer pretexto, o credenciamento de hospitais, médicos, laboratórios e demais serviços, em especial aqueles que suspenderem o atendimento, bem como, a seu critério, nomear novos credenciamentos, observada a legislação aplicável.

§ 4º. O cancelamento e os novos credenciamentos a que se refere este Artigo serão divulgados por meio da página eletrônica da ASSOCIAÇÃO, disponível no endereço saudepasa.com.br.

§ 5º. Com a finalidade de regular a demanda de utilização dos serviços cobertos, nos termos da Resolução CONSU nº 8, serão adotados os mecanismos de regulação prévia aceitos pela regulamentação vigente, nos procedimentos/ eventos em saúde, exceto em consultas e atendimentos de urgência/ emergência nos termos do Art. 35- C da Lei nº 9.656/98, sendo que a solicitação de autorização prévia poderá ser efetuada pelo beneficiário ou prestador executante

ART. 4 – O custeio do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS será integralmente coberto pelos associados.

II – DOS ASSOCIADOS

ART. 5 – Poderão ser associados (também denominados “usuários”), observadas as restrições do Art. 7º:
I – o aposentado, ex-empregado desligado da CVRD por aposentadoria;
II – o pensionista, por falecimento daqueles que, nessa condição, pudessem ser inscritos no PASA;
III – o empregado em atividade na CVRD;
IV – ex-empregado da CVRD que se aposentou de acordo com as Resoluções 05/87, de 01.07.87, e 07/89, de 02.10.89

V – ex-empregado, que vier a se desligar da CVRD por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho, desde que, alternativamente:
a) esteja a menos de 5 anos da aposentadoria;
b) tenha mantido vínculo empregatício com a CVRD por no mínimo 3 anos podendo parte deste tempo ser cumprido em empresas do Grupo CVRD, e tenha contribuído com 12 meses ininterruptos para o PASA antes do desligamento da CVRD.
VII – o licenciado da CVRD.

PARÁGRAFO ÚNICO – Entende-se como PENSIONISTAS:
a) o cônjuge ou companheiro(a) do associado falecido;
b) o(a) filho(a), pai ou mãe, irmão ou irmã que sejam participantes ou dependentes do associado falecido e que sejam comprovadamente pensionistas da VALIA ou do INSS.

ART.6 – O empregado em atividade, associado, que se desligar da CVRD, será automaticamente excluído da SOCIEDADE.

PARÁGRAFO ÚNICO – O disposto no caput deste artigo não se aplica ao associado que vier a se desligar da CVRD por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho, desde que, alternativamente:

I. esteja menos de 5 anos da aposentadoria;
II. tenha mantido vínculo empregatício com a CVRD por no mínimo 3 anos, podendo parte deste tempo ser cumprido em empresas do Grupo CVRD, e tenha contribuído com 12 meses ininterruptos para o PASA antes do desligamento da CVRD.

ART. 7 – É vedada a inscrição de :
I – menor aprendiz;
II – pensionista cujo cônjuge ou companheiro ex-empregado não se tenha associado quando em atividade na CVRD;
III – aposentado ou ex-empregado após a criação da SOCIEDADE que não se tenha associado quando empregado em atividade na CVRD.

ART. 8 – A inscrição como associado implica a aceitação do Estatuto e do presente Regulamento Básico.

III – DOS DEPENDENTES E PARTICIPANTES

ART. 9 – São dependentes do associado, (também denominados “usuários”):
I – o cônjuge ou companheiro(a) com qual comprovadamente conviva maritalmente há mais de 1 (um) ano;
II – o filho ou o enteado menor de 21 anos, e o filho ou o enteado entre 21 e 24 anos, quando comprovar que está matriculado como aluno do terceiro grau.
§1º - O cônjuge ou companheiro(a) que se separar, divorciar, ou deixar de conviver de forma estável com o associado, perderá a condição de dependente e o direito ao uso do Plano.
§2º - O cônjuge ou companheiro(a) que perder a condição de dependente, conforme previsto no parágrafo anterior, será comunicado(a) previamente da perda de seu direito ao uso do Plano.

ART. 10 – Dependentes menores de associados falecidos poderão permanecer como usuários deste PLANO, desde que, em regime de tutela, paguem a contribuição fixada no inciso I, letra i, do Art. 14 deste Regulamento Básico.

PARÁGRAFO ÚNICO – Os dependentes mencionados no caput deste artigo serão desligados automaticamente da SOCIEDADE, ao atingirem o limite de idade fixado no inciso II do Art. 9º, podendo ser alterados para a situação de “participante” do plano de saúde, caso haja solicitação do beneficiário.

Art. 11. O associado poderá inscrever como participante (também denominados “usuários”), as seguintes pessoas:
I – o pai, a mãe, o sogro e a sogra;
II – o pai e a mãe do(a) companheiro(a);
III – o filho, a filha, o enteado e a enteada com idade superior aos limites estabelecidos no inciso II do Art. 9º;
IV – o neto, a neta, o irmão e a irmã;
V – o menor sob tutela ou guarda legal do associado;
VI – sobrinho e sobrinha.
(alterado na 48ª RECD, conforme determina Súmula Normativa nº 27 da ANS)

§1º - O cônjuge ou companheiro(a) que se separar, divorciar, ou deixar de conviver de forma estável com o associado, perderá a condição de dependente e o direito ao uso do Plano.
§2º - O cônjuge ou companheiro(a) que perder a condição conforme previsto no parágrafo anterior, será comunicado(a) previamente da perda de seu direito ao uso do Plano.
§3º - Não poderá ser inscrito como participante ao Plano o dependente cadastrado para fins de AMS da CVRD.

§ 3º Os participantes elencados neste Artigo também poderão solicitar sua inclusão a qualquer momento, sem aval do associado, sem gerar

vínculo financeiro com o associado, devendo apenas apresentar documentação que comprove seu vínculo.

§ 4º O rol de participantes é taxativo, isto é, não permite inclusões além das previsões acima, em observância aos limites permitidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sendo a análise do grau de parentesco feita com base no primeiro associado titular, ainda que falecido.

§ 5º A comprovação da qualidade de participante dar-se-á através da apresentação de documentação oficial e demais elementos, conforme regras definidas em normativo próprio da Associação, bem como deverá assinar o Termo de Adesão, recebendo cópia do Estatuto e deste Regulamento.

ART. 12 – Poderá se inscrever como dependentes e participantes somente aqueles que, nessa condição, possuam vínculo com o associado falecido.

ART.13 – Poderão associar-se somente para inscrever participantes até o limite fixado no Art. 11, o aposentado ou ex- empregado que tiver direito AMS da CVRD.

IV – DAS CONTRIBUIÇÕES

ART. 14 - São as seguintes as contribuições:
I – Por associado:
a) empregado em atividade – R$ 51,80
b) aposentado incentivado pelas Resoluções 05/87 e 07/89 ou DDE-111/90 e suas/seus respectivas(os) pensionistas que tenham direito à AMS da CVRD. - R$ 51,80
c) aposentado - R$2.530,48
d) pensionista - R$2.530,48
e) ex-empregado - R$2.530,48

II – Por participante, paga individualmente, conforme a respectiva faixa etária:
a) 0 a 17 anos. - R$ 565,03
b) 18 a 29 anos. - R$ 565,03
c) 30 a 39 anos. - R$ 565,03
d) 40 a 49 anos. - R$ 565,03
e) 50 a 59 anos. - R$ 1.476,17
f) 60 a 69 anos. - R$ 1.476,17
g) 70 anos ou mais. - R$ 2.530,48

§ 1º - A contribuição do associado, no caso do inciso I, exceto as alíneas “a” e “b” será por grupo familiar constituído pelo próprio associado e seus dependentes definidos no Art. 9º e, no caso do inciso II, será por participante inscrito, sendo estes com responsabilidade financeira individual.

§ 2º - O associado, empregado em atividade, em caso de invalidez permanente e morte antes da aposentadoria terá garantida a utilização deste PLANO PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS, nas seguintes situações:

I – em caso de morte o pensionista deverá contribuir com o valor fixado na letra “d”, do inciso I do Art. 14 deste Regulamento;

II - em caso de invalidez permanente do associado este deverá contribuir com o valor fixado na letra “c” do inciso I do Art. 14 deste Regulamento.

Art. 15 – O valor da contribuição será alterado anualmente no mês de outubro, pela Diretoria Executiva, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis, as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Deliberativo e os seguintes fatores:
I – nível de benefícios concedidos, incluindo, dentre outros, o aumento da rede credenciada e dos serviços cobertos (inclusive para a adequação às coberturas mínimas estabelecidas pelas autoridades competentes);
II – conclusões de estudo atuariais, receita auferida e necessidade de adequação das reservas (inclusive para o atendimento a determinações e/ou padrões estabelecidos pelas autoridades competentes);
III – custos praticados pela rede credenciada.

PARÁGRAFO ÚNICO – O reajuste das contribuições poderá ser diferenciado entre associados e participantes em função dos custos envolvidos.

V – DAS CARÊNCIAS

ART. 16 – Carência é o período durante o qual o associado contribui, mas não tem ainda direito a utilizar-se dos serviços do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS, para si ou para seus dependentes e participantes.

ART. 17 – São os seguintes os períodos de carência:
I – 60 (sessenta) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição, para os que se inscrevem até 30 dias após sua admissão na CVRD;
II – 90 (noventa) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição, para aquele que ingressar fora do prazo previsto no inciso I deste artigo;

III – 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição, para os casos de substituição de participantes, exceto em caso de morte quando será cumprida a mesma carência determinada para o associado;
IV – 180 (cento e oitenta) dias para os casos de substituição de dependente cônjuge ou companheiro(a);
V - 120 (cento e vinte) dias, a partir da data do primeiro pagamento da contribuição após sua readmissão, para o associado que houver sido excluído da Sociedade por inadimplência;
VI – 24 (vinte e quatro) horas a partir do ingresso no PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS para os casos de atendimento de urgência e emergência.

§1º - Entende-se por substituição a inscrição de novo participante em período inferior a 60 (sessenta) dias do desligamento do participante anterior.

§2º - Não haverá carência para o dependente, depois de cumprida a carência do associado.

§3º - O participante cumprirá a mesma carência determinada para o associado.

§4º - O pensionista de associado falecido na vigência do contrato de trabalho com a CVRD fica isento de carência desde que o associado tenha contribuído 2 (dois) anos ininterruptos ao PASA antes de sua morte.

§5º - O empregado em atividade na CVRD, associado PASA, que vier a se aposentar, fica isento de carência desde que tenha contribuído 2 (dois) anos ininterruptos ao PASA antes da efetivação da aposentadoria.

§6º - O empregado em atividade, associado do PASA, que vier a se desligar da CVRD, por despedida sem justa causa ou acordo rescisório do contrato de trabalho, estando a menos de 5 (cinco) anos da aposentadoria, fica isento de carência desde que tenha contribuído 2 (dois) anos ininterruptos ao PASA antes do desligamento da CVRD.

§7º - O filho de associado, dependente, não cumprirá carência ao ser inscrito como participante após atingir a maioridade, desde que a inscrição como participante se dê até 90 (noventa) dias após este atingir a maioridade.

§8º - A carência para o associado será contada a partir do primeiro pagamento da contribuição de grupo familiar.

VI – DOS DIREITOS

ART. 18 – O associado poderá se desligar da SOCIEDADE, ou desligar o seu dependente a qualquer momento mediante comunicação por escrito à Diretoria Executiva com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, assim como o participante pode solicitar individualmente seu cancelamento, sem que isto o desobrigue de quitar débitos de sua responsabilidade até a data do seu efetivo desligamento.

§1º - O associado, dependente ou participante desligado da SOCIEDADE nos termos deste artigo, não deixando débito de espécie algum, terá assegurada sua readmissão a qualquer tempo, sendo-lhe então aplicada nova carência de 90 (noventa) dias.

§2º - No caso de reincidência de desligamento nos termos deste artigo, a readmissão do associado ficará sujeita a existência de motivo relevante para o último desligamento, a critério da Diretoria Executiva, mantendo-se a aplicação da nova carência de 90 (noventa) dias.

ART. 19 – O associado/ dependente/ participante terá direito de utilizar-se dos serviços especializados da rede de profissionais e entidades credenciados pela SOCIEDADE, nos termos deste Regulamento.

§ 1º – O associado terá direito ao reembolso, nos limites das obrigações estabelecidas por este Regulamento, das despesas efetuadas por ele, ou por seu dependente, com assistência à saúde, exclusivamente em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços credenciados, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela PASA, pagáveis até trinta dias após a entrega de documentação adequada a comprovar as despesas alegadas, da mesma forma o direito se repete ao participante de forma individual.

§ 2º - Em todos os casos acima, deverá o usuário comprovar o desembolso do valor que se pede reembolso, devendo apresentar como comprovante de desembolso dos seguintes documentos para cada tipo de pagamento:

I. Pix: comprovante ou print de tela da instituição bancária evidenciando o desembolso;
II. Cartão de crédito/débito: recibo ou extrato evidenciando o desembolso;
III. TED/DOC: comprovante ou print de tela da instituição bancária evidenciando o desembolso;

IV. Cheque: foto ou extrato bancário evidenciando a compensação do valor;
V. Dinheiro: foto de declaração de próprio punho atestando o pagamento em espécie;
VI. Boleto: comprovante de pagamento.

ART. 20 – O associado poderá sugerir à Diretoria Executiva as medidas que considerar adequadas à consecução das finalidades do PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS (PASA PLUS).

VII – DOS RECURSOS AMBULATORIAIS E/OU HOSPITALARES, DAS CONDIÇÕES PARA SUA PRESTAÇÃO (CO-PARTICIPAÇÃO) E DOS EVENTOS NÃO COBERTOS

ART. 21 – Os recursos médicos e hospitalares compreendem os serviços descritos no Art. 2º.

§1º - Os procedimentos/ eventos a seguir estarão sujeitos à coparticipação do beneficiário do plano de saúde, nos percentuais abaixo discriminados, que incidirão sobre o valor do evento, sendo este o efetivamente praticado para efeito de remuneração total do prestador executante, seja ele participante da rede credenciada da Operadora ou não:

a) PEQUENO RISCO (COBERTURA AMBULATORIAL):
a.1) Consultas em clínicas básicas e especializadas: 25%, limitado a R$ 500,00 (quinhentos reais) por mês, por pessoa;
a.2) Exames laboratoriais: 25%, limitado a R$ 500,00 (quinhentos reais) por mês, por pessoa;
a.3) Serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais: 25%, limitado a R$ 500,00 (quinhentos reais) por mês, por pessoa;
a.4) Tratamentos de transtornos psiquiátricos:
I- Psicoterapia de crise: 25%, limitado a R$ 500,00 (quinhentos reais) por mês, por pessoa;
II – Tratamento básico: 25%, limitado a R$ 500,00 (quinhentos reais) por mês, por pessoa;

b) GRANDE RISCO (INTERNAÇÃO HOSPITALAR):
b.1) internação para tratamento clínico ou cirúrgico decorrente de transtornos psiquiátricos:

b.1.1. nos primeiros 15 dias de internação sem coparticipação;
b.1.2. de 16 a 30 dias 20% de coparticipação;
b.1.3. de 31 a 60 dias 25% de coparticipação;
b.1.4. de 61 dias em diante 30% de coparticipação.

§2º -O USUÁRIO poderá, de forma prévia, requerer junto ao PASA a simulação do valor da coparticipação no evento escolhido.

§3º - Durante o período de internação clínica ou cirúrgica, o PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS (PASA PLUS) cobrirá apenas as despesas constantes do Anexo I.

ART. 22 – Não estão cobertos pelo PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS(PASA PLUS) os serviços constantes do Anexo II deste Regulamento.

VIII – DOS DEVERES

ART. 23- São deveres:
I – Do associado de cumprir e fazer cumprir, por si e por seus dependentes, as disposições do Estatuto da SOCIEDADE e deste Regulamento;
II – Do associado de pagar, mediante desconto em folha, ou até o dia 7 (sete) de cada mês contra-recibo, sua contribuição mensal e a parte que lhe couber como participação financeira nas despesas médicas e hospitalares decorrentes de atendimentos realizados;
III- Do participante de cumprir e fazer cumprir, por si e por seus dependentes, as disposições do Estatuto da SOCIEDADE e deste Regulamento;
IV- Do participante de pagar, mediante boleto ou outro meio definido pela Associação, a parte que lhe couber como participação financeira nas despesas médicas e hospitalares decorrentes de atendimentos realizados.

IX – DOS PROCEDIMENTOS

ART. 24 – Para receber atendimento médico e hospitalar o associado, seu dependente e participante deverá identificar-se perante o profissional ou entidade credenciada mediante apresentação de documento de identidade e do cartão de acesso aos serviços credenciados pelo PASA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PLUS.

ART. 25 – A contribuição mensal e participação nas despesas serão debitadas ao associado mediante desconto em folha de pagamento.
§1º - Não havendo possibilidade do desconto em folha, o associado deverá quitar o débito em banco ou local que vier a ser indicado.

§2º - O associado que não tiver vinculação com a CVRD e/ou VALIA deverá recolher sua contribuição e participação nas despesas diretamente ao banco ou onde for indicado.

§3º - O cartão de acesso aos serviços de Assistência Médica e Hospitalar (CAC) será revalidado mensalmente para o mês subsequente.

§4º - O associado que tiver vinculação com a CVRD e/ou VALIA, obriga-se a autorizar o desconto das contribuições em folha de pagamento.

§ 5º. O associado titular, enquanto empregado ativo da Vale S/A, poderá optar pela junção da cobrança de demais participantes para desconto em folha de pagamento, desde que expresse sua vontade em Termo a ser disponibilizado por esta Associação.

§ 6º. Em hipótese de inadimplência, caso não haja pagamento de quaisquer dos boletos de cobrança, será encaminhado comunicado de inadimplemento para o endereço vinculado ao boleto.

Art. 26- Cada associado e participante individualmente será o responsável financeiro pelo pagamento, sofrendo todas as consequências advindas da inadimplência, tais como, mas não se restringindo, incidência de juros, multa, negativação em cadastros restritivos de créditos, cobrança direta e ações judiciais;

§ 1º Em caso de inadimplência do participante ou associado, esse será desligado de forma individualizada, não afetando os demais beneficiários, exceto os beneficiários na figura de “dependente” vinculados ao associado.

Art. 27- Em caso de inadimplência, serão acrescidos ao valor original do débito, desde a data do vencimento até o efetivo pagamento:
I) juros moratórios de 1% ao mês;
II) multa moratório de 2% ao mês;
III) correção monetária com base no IPCA-e.

§ 1º Ainda, o beneficiário estará sujeito à cobrança administrativa e judicial e inscrição de seu nome nos cadastros de proteção ao crédito.

ART. 28 – No ato de inscrição, o associado e participante deverão preencher Ficha de Inscrição, apresentar documentos exigidos pela SOCIEDADE e assinar Termo de Adesão, recebendo cópia do Estatuto, deste Regulamento e do material explicativo.

X – DA SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO ASSOCIADO

Art. 29

Os beneficiários do plano de saúde, sendo associado titular ou participantes, perderão o direito ao uso do plano:

I. mediante suspensão por até 30 (trinta) dias, o beneficiário que deixar de contribuir ou quitar seus débitos por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de contribuição, inobstante regularmente notificado, sendo a suspensão interrompida, automaticamente, se o beneficiário quite seus débitos e os respectivos encargos;

II. mediante exclusão do plano, o beneficiário que:
a) no período de 30 (trinta) dias de suspensão não quitar seus débitos e respectivos encargos, inobstante regularmente notificado;
b) obtiver ou tentar obter os serviços do plano mediante fraude;
c) utilizar dolosamente os serviços não cobertos pelo plano.

§ 1º O beneficiário excluído não poderá ser readmitido no plano, salvo por deliberação da Diretoria.

§ 2º A exclusão do beneficiário, seja ele associado ou participante, não o desobriga de quitar os débitos e encargos devidos.

§3º - A readmissão por inadimplência poderá ocorrer, a critério exclusivo da Diretoria Executiva, mediante a quitação dos débitos existentes até a data do desligamento, apresentação de motivo relevante para a inadimplência e cumprimento de nova carência de 120 (cento e vinte) dias.

§4º - Não poderá ser readmitido na SOCIEDADE o associado excluído na forma das alíneas “b” e “c” do inciso II deste artigo.

§5º O associado admitido na forma do art. 5º, inciso II, do Estatuto não poderá ser readmitido na forma do § 1º do presente artigo.

XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30.
O associado poderá afastar-se provisoriamente do plano, desde que efetue o pagamento mensal de contribuição especial para afastamento provisório, prevista na Tabela de Contribuições, durante todo o período de afastamento, como condição para a sua readmissão no PLANO.

§ 1º O desligamento do plano e o afastamento provisório do plano poderão ser solicitados a qualquer momento, mediante comunicação por escrito à Diretoria, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem que isto desobrigue o associado de quitar débitos de sua responsabilidade até a data do seu afastamento provisório ou desligamento do plano.

§ 2º O associado afastado provisoriamente terá assegurada sua readmissão a qualquer tempo, observando-se a obrigatoriedade de cumprimento dos períodos de carência fixados no Art. 20, II, passando a pagar contribuição comum aos usuários do plano.

Art. 31.
As situações não previstas neste Regulamento, bem como as dúvidas que surgirem em sua interpretação, serão resolvidas pela Diretoria da ASSOCIAÇÃO, com recurso para o Conselho Deliberativo, nos termos estabelecidos no Estatuto, observada a natureza associativa da PASA, sua ausência de objetivos lucrativos e sua condição de operadora de sistema de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

Art. 32.
O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado.

Art. 33.
No caso de eventuais discussões judiciais, a parte demandante deverá utilizar o foro competente, conforme norma processual civil vigente.

Art. 34.
Fica disponível para acionamento como segunda instância o endereço eletrônico da Ouvidoria, podendo ser acionada quando houver protocolo de atendimento prévio: ouvidoria.pasa@saudepasa.com.br.

ANEXO I

DESPESAS COBERTAS DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA OU CIRÚRGICA

1) internação em apartamento com instalação sanitária privativa ou em enfermaria, a critério do paciente;
2) diárias hospitalares, fixadas na tabela de serviços hospitalares;
3) taxa de internação;
4) taxa de sala de cirurgia e material cirúrgico, de acordo com os tipos e condições fixadas na tabela de serviços hospitalares;
5) taxa de sala de gesso, hemodinâmica e outras taxas;
6) serviços complementares de diagnóstico e tratamento para controle de doença durante a internação;
7) internação em UTI, CTI ou Unidade Coronariana;
8) curativos, medicamentos e vacinas, quando prescritos pelo médico-assistente;
9) oxigênio e aparelhagem necessária ao seu desempenho;
10) sangue, plasma e sucedâneos;
11) assistência cardiorrespiratória.

ANEXO II

SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO PLANO

1) parto normal, parto Cesário ou qualquer outro tipo de procedimento obstétrico;
2) internação geriátrica;
3) próteses de qualquer natureza que não sejam ligados ao ato cirúrgico, ou que estejam relacionados a procedimentos cirúrgicos ou clínicos para fins estéticos;
4) REVOGADO
5) cirurgia plástica, exceto para queimados, politraumatizados e em casos de reconstituição de mama após mastectomia;
6) tratamento especializado a excepcionais;
7) tratamentos ou exames ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza;
8) fornecimento de medicamentos, e vacinas de qualquer natureza, exceto em regime de internação e quando cobrado pela instituição;
9) tratamentos ou exames (clínicos ou cirúrgicos) experimentais condenados ou não recomendados pela ética médica;
10) tratamento em estâncias hidrominerais de repouso ou de recuperação física;
11) acupuntura, quando não executada por médico;
12) “check-up” médico em regime de internação;
13) massagens, duchas, saunas e outras atividades de finalidade estética;

14) quaisquer exames ou tratamento sem indicação médica especializada;
15) extraordinários de contas hospitalares, tais como: telefonemas, aluguel de ar-condicionado quando não incluído preço da diária, lavagem de roupa, refeições de acompanhante, salvo no caso de pacientes menores de dezoito anos, demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes;
16) todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes, ou que não conste no rol de procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS*;
** O rol de procedimentos encontra-se disponível na página da Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S. na "internet" (www.ans.gov.br) para maiores informações contate o PASA.*
17) atendimento em domicílio;
18) REVOGADO;

19) transplantes, exceto os de cobertura obrigatória pelo rol da ANS;
20) REVOGADO;
21) nutrição parenteral ou enteral exceto aquelas necessárias à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar.