REGULAMENTO PASA PLUS

ENTIDADE REGISTRADA NA ANS SOB O Nº 331988
PLANO REGISTRADO NA ANS SOB O Nº 507.746/26-0
TIPO DE CONTRATAÇÃO: COLETIVO POR ADESÃO
COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: INDIVIDUAL
FORMAÇÃO DE PREÇO: PRÉ-ESTABELECIDO

I. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS: ATRIBUTOS DO PLANO

Art. 1º
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 20210-911, doravante denominada ASSOCIAÇÃO, que tem como objetivo prestar assistência à saúde, na forma e condições estabelecidas no seu Estatuto e neste Regulamento Básico.

Art. 2º
O presente Regulamento disciplina plano coletivo por adesão e assegura a cobertura de custos com assistência médica, na segmentação AMBULATORIAL e HOSPITALAR, SEM OBSTETRÍCIA, com acomodação em quarto privativo, na forma deste Regulamento, no regime de credenciamento.

Art. 3º
É garantida a cobertura para atendimentos e internações, em regime de credenciamento, disponibilizada por Grupo de Municípios, realizados estritamente nas cidades listadas a seguir:

I – No Estado do Rio de Janeiro

a) Cabo Frio

b) Duque de Caxias

c) Itaboraí

d) Itaguaí

e) Nilópolis

f) Niterói

g) Nova Friburgo

h) Nova Iguaçu

i) Petrópolis

j) Rio de Janeiro

k) São Gonçalo

l) São João de Meriti

m) Teresópolis

II – No Estado de Minas Gerais

a) Aimorés

b) Araxá

c) Barão de Cocais

d) Barbacena

e) Belo Horizonte

f) Betim

g) Brumadinho

h) Caeté

i) Congonhas

j) Conselheiro Lafaiete

k) Conselheiro Pena

l) Contagem

m) Coronel Fabriciano

n) Divinópolis

o) Governador Valadares

p) Ibirité

q) Ipatinga

r) Itabira

s) Itabirito

t) João Monlevade

u) Juiz de Fora

v) Lagoa Santa

w) Mariana

x) Montes Claros

y) Nova Era

z) Nova Lima

aa) Ouro Branco

bb) Ouro Preto

cc) Resplendor

dd) Rio Piracicaba

ee) Sabará

ff) Santa Bárbara

gg) Santa Luzia

hh) Santa Maria de Itabira

ii) São Domingos do Prata

jj) São Gonçalo do Rio Abaixo

kk) Sete Lagoas

ll) Timóteo

III - No Estado do Espírito Santo

a) Anchieta

b) Aracruz

c) Baixo Guandu

d) Cariacica

e) Colatina

f) Fundão

g) Guarapari

h) João Neiva

i) Linhares

j) São Mateus

k) Serra

l) Viana

m) Vila Velha

n) Vitória

IV – No Estado da Bahia

a) Feira de Santana

b) Salvador

c) Serrinha

V – No Estado do Maranhão

a) Açailândia

b) Imperatriz

c) Raposa

d) Santa Inês

e) São Luís

f) Vitória do Mearim

VI – No Estado do Pará

a) Abaetetuba

b) Ananindeua

c) Barcarena

d) Belém

e) Marabá

f) Parauapebas

VII – No Estado do Piauí

a) Teresina

VIII – No Estado de São Paulo

a) São Paulo

IX – No Estado de Sergipe

a) Aracaju

X- Unidade Federativa do Distrito Federal

a) Brasília

II. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO USUÁRIO

Art. 4º
Poderão ser USUÁRIOS do plano o ASSOCIADO TITULAR ou AGREGADO FAMILIAR, estes últimos desde que tenham vínculo consanguíneo ou por afinidade diretamente com o ASSOCIADO, nos limites fixados neste Regulamento.
§ 1º. Entende-se como ASSOCIADO TITULAR o empregado ou ex-empregados das Instituições Fundadoras ou Patrocinadoras do PASA, conforme definição em Estatuto.

§ 2º. Entende como AGREGADO PARTICIPANTE o usuário que, por conta do grau de parentesco com o Associado Titular, solicite seu ingresso em um dos planos do PASA.

§ 3º. O ASSOCIADO TITULAR só poderá se inscrever no plano quando do cancelamento do seu plano de saúde junto as entidades Fundadoras e Patrocinadoras, sendo vedada a manutenção deste plano em conjunto com aquele (o plano das instituições fundadoras e patrocinadoras).

Art. 5º
Serão admitidos no plano os AGREGADOS FAMILIARESES que detenham os seguintes graus de parentesco com o ASSOCIADO TITULAR:
a. consanguíneo: filho, pais, padrasto, irmão, sobrinho, sobrinho-neto, neto, bisneto e trineto;

b. afinidade: cônjuge ou companheiro, enteado, sogros, cunhados;
c. menor sob tutela ou guarda legal do associado titular;

§1º O rol de agregados familiareses 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.

§2º A comprovação da qualidade de agregado familiar 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.

§3º Os Agregados familiareses só poderão solicitar sua inclusão no PASA enquanto o Associado Titular mantiver sua associação ativa, salvo quando do falecimento deste último (associado titular), momento que os Agregados familiareses poderão ingressar a qualquer momento.

§4º O cancelamento do plano do Associado Titular não acarretará o cancelamento automático do plano do AGREGADO FAMILIAR, podendo esse ser mantido no produto escolhido. Eventual reingresso ao plano em caso de cancelamento deverá observar o parágrafo antecedente.

§5º Dos agregados familiareses citados neste Art. 5º, serão considerados DEPENDENTES:

I – o cônjuge ou companheiro(a) com qual comprovadamente conviva maritalmente há mais de 1 (um) ano; sendo que 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, sendo comunicado(a) previamente da perda de seu direito ao uso do Plano;

II – o filho(a) ou o enteado(a):

a) menor de 21 anos;
b) entre 21 e 24 anos, quando comprovar que está matriculado como aluno do terceiro grau.

§6º A concessão, manutenção, controle e encerramento da condição de dependente descrita na alínea “c” do Inciso II do §5º deste artigo obedecerão a Instrução Normativa própria.

§7º Ao atingirem o limite de idade fixado nas alíneas “a” e “b” no inciso II do §5º deste Artigo, os dependentes mencionados serão automaticamente classificados na categoria de agregados familiareses, permanecendo como usuário do PASA, se assim desejarem, limitando-se ao uso da assistência médica, pagando a contribuição fixada no inciso III do Art. 20 deste Regulamento.

§8º Dependentes menores de associados falecidos poderão permanecer como usuários deste PLANO, desde que, em regime de tutela, paguem a contribuição fixada no inciso II, letra b, do Art. 20 deste Regulamento.

III. DOS DIREITOS E DEVERES DO USUÁRIO

Art. 6º
São direitos dos usuários:
a. utilizar os serviços especializados da rede de profissionais e entidades credenciadas pela ASSOCIAÇÃO, observado os limites deste Regulamento;
b. utilizar dos procedimentos cobertos pelo plano, independentemente da ocorrência de doenças ou lesões preexistentes, quando cumpridos os períodos de carência.

Art. 7º
São deveres dos usuários:
a. cumprir e fazer cumprir as disposições do Estatuto da ASSOCIAÇÃO e deste Regulamento;
b. manter atualizados os seus dados cadastrais perante a ASSOCIAÇÃO;
c. efetuar o pagamento das contribuições mensais e coparticipações tempestivamente.

Art. 8º
Cada USUÁRIO, independentemente de ser Associado Titular ou Agregado familiar, responderá individualmente perante a Associação, sendo o único responsável pelos atos e omissões.

IV. DOS PROCEDIMENTOS DE USO DO PLANO

Art. 9º
Para receber atendimento médico e hospitalar, os usuários deverão se identificar perante o profissional ou entidade credenciada, mediante apresentação de documento oficial com foto, bem como, a carteira de identificação do plano, essa disponibilizada via aplicativo de celular.

PARÁGRAFO ÚNICO: 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 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 usuário ou prestador executante.

Art. 10
Os atendimentos médicos e hospitalares previstos neste Regulamento serão prestados por entidades e profissionais previamente referenciados e credenciados, constantes da rede de atendimento credenciada ao PLANO.

§ 1º. A rede credenciada poderá ser consultada, preferencialmente, no sítio eletrônico da Operadora (http://www.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. Ao utilizar a rede credenciada, o usuário não fará qualquer desembolso, cabendo a ASSOCIAÇÃO efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do serviço.

§ 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.

V. DAS COBERTURAS

Art. 11
A assistência à saúde assegurada por este PLANO compreende os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares sem obstetrícia, previstos e na forma do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§ 1º. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, observadas as vedações do Art. 18, deste Regulamento.
§ 2º. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, com acomodação em quarto individual, em regime de internação, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, observadas as vedações deste Regulamento.

§ 3º. A cobertura a internações hospitalares incluirá as despesas com honorários médicos, taxas, inclusive materiais utilizados, despesas relativas a um acompanhante exclusivamente para usuários com menos de 18 anos e mais de 60 anos de idade, e pessoas com deficiência (PcD), assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Regulamento, em território brasileiro, conforme normas vigentes da ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar.

VI. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 12
São garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do usuário ao PLANO, inclusive se decorrentes de complicações de gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do usuário, incluindo eventual necessidade de remoção intra-hospitalar, observando o seguinte:
a. quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, este será limitado a 12 (doze) horas de atendimento, dentro dos limites da abrangência geográfica do PLANO e nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;
b. quando o atendimento de urgência for decorrente de complicação do processo gestacional, este será limitado às 12 (doze) horas de atendimento, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação ou se for necessária a realização de atendimentos exclusivos da cobertura hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica do PLANO e nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;
c. quando o atendimento de urgência oriundo de acidente pessoal for efetuado no período de carência, será garantido, sem restrições, inclusive para internações, observada a área de abrangência geográfica do plano;
d. quando o atendimento de emergência e urgência for efetuado após o período de carência, será garantido, sem restrições, inclusive para internação, observada a área de abrangência geográfica do plano.

§ 1º. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal (eventos ocorridos em data específica provocados por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases) ou de complicações no processo gestacional (alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, prenhez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento).

§ 2 º. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

§ 3º. O atendimento de urgência e emergência é limitado a área de abrangência geográfica do plano.

VII. DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art. 13
Não estão cobertos pelo plano os procedimentos listados a seguir:

a. parto normal ou parto cesáreo;
b. cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, excetuados os casos previstos na legislação vigente e Diretriz e Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS.
c. internação geriátrica;
d. próteses, órteses e seus acessórios que não sejam ligadas ao ato cirúrgico ou que estejam relacionadas a procedimentos cirúrgicos ou clínicos para fins estéticos, entendendo-se como prótese qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e, por órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
e. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, assim entendidos como aqueles que não visam restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo, anomalia congênita, exceto cirurgia plástica para queimados, politraumatizados e em casos de reconstituição de mama após mastectomia;
f. tratamento em estâncias hidrominerais de repouso ou de recuperação física;

g. tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tais como (mas não limitados a) massagens, duchas, saunas e outras atividades de finalidade estética;
h. spa;
i. pilates;
j. tratamentos, exames ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza;
k. fornecimento de medicamentos e vacinas de qualquer natureza, exceto em regime de internação ou quando previsto na legislação vigente;
l. material e medicamento importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
m. tratamentos ou exames (clínicos ou cirúrgicos) experimentais condenados ou não recomendados pela ética médica, assim entendidos como aqueles que empregam fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento à base de medicamentos com indicação que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso off-label);
n. acupuntura, quando não executado por médico;
o. check-up médico;
p. quaisquer exames ou tratamentos sem indicação médica especializada;
q. extraordinários de contas hospitalares, tais como (mas não limitadas a): telefonemas, aluguel de ar-condicionado, televisão, frigobar e internet quando não incluído no preço da diária, lavagem de roupa, refeições de acompanhante, salvo no caso de pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos, além de demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes;
r. transplantes, exceto rim, córnea, medula óssea e transplantes autólogos;
s. atendimento em domicílio e home care;
t. nutrição parenteral ou enteral, exceto aquelas necessárias à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar;
u. inseminação artificial e procedimentos decorrentes deste ato, assim considerados como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermas 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;
v. todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes, e/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 ANS na internet: www.ans.gov.br).

VIII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 14.
Carência é o período durante o qual o associado ou agregado familiar contribui, mas ainda não tem direito de utilizar os serviços do plano, sendo este período contado em dias corridos a partir da data de ingresso no plano.

Art. 15.
Os beneficiários terão os seguintes períodos de carência:
a) 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de atendimento de urgência e emergência;
b) 90 (noventa) dias para consultas e exames;
c) 180 (cento e oitenta) dias para internações e procedimentos de alta complexidade .

§ 2º Poderá ser portada a carência do beneficiário, na forma da legislação e regulamentação em vigor.

IX. DO REEMBOLSO

Art. 16
Os serviços médicos e hospitalares integrantes deste Regulamento serão prestados unicamente por meio de rede credenciada, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica do plano, bem como observada as formas e limites estabelecidos neste 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 agregado familiar de forma individual

§ 2º. Nos casos acima, o usuário deverá comprovar o desembolso integral do valor objeto do reembolso, por meio dos documentos que comprovem o pagamento completo do evento/ procedimento, não sendo aceitos comprovantes de quitação parcial. Devem ser apresentados os 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.

X. DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 17.
Coparticipação é o percentual custeado pelo associado nos procedimentos dispostos neste Regulamento.

Art. 18.

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:

I. consultas em clínicas básicas e especializadas: 25%;
II. exames laboratoriais: 25%;
III. serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais: 25%;
IV. tratamentos ambulatoriais de transtornos psiquiátricos: participando cada pessoa com 25%;

Parágrafo único. As coparticipações previstas nos itens "I", "II", "III" e "IV" ficam limitadas, em conjunto, ao valor máximo de R$ 600,00 (seiscentos reais) por mês, por usuário, observado que tal limite aplica-se de forma global, ou seja, considera a soma de todos os atendimentos realizados no mês, e não separadamente por tipo de procedimento.

Art. 19 O USUÁRIO poderá, de forma prévia, requerer junto ao PASA a simulação do valor da coparticipação no evento escolhido.

XI. DAS CONTRIBUIÇÕES

Art. 20
São as seguintes as contribuições**:**

I – Para associado com garantia de acesso futuro aos benefícios do PLANO – R$ 51,80**;**
II – Contribuição por grupo familiar, sendo este composto pelo próprio associado e seus dependentes definidos no § 5º do art.5º:

- **a)** aposentado e ex-empregado associado benefício – **R$ 3.096,40;**
- **b)** pensionista – **R$ 3.096,40;**
- **c)** ex-empregado – **R$ 3.096,40.**

III – Por agregado familiar, pago individualmente, conforme valores de mensalidade previstos no §3º do Art. 26.

PARÁGRAFO ÚNICO: O custeio do plano será integralmente coberto pelos associados e seus agregados familiareses.

Art. 21
Caberá ao USUÁRIO arcar, individualmente, com todos os valores relativos ao plano, quer sejam mensalidade, coparticipação e outros.

Art. 22
Todas as despesas relativas ao plano serão efetuadas na forma de pré-pagamento, sendo a cobrança efetuada da seguinte forma:

a) Preferencialmente, através de desconto em folha de pagamento das Instituições Fundadoras e Patrocinadoras, bem como, da Fundação Valia;
b) Em caso de insuficiência de margem consignável ou ausência de contracheque, a cobrança dar-se-á através de boleto, com data de vencimento no dia 07 (sete) de cada mês;
c) Poderá, ainda, a Associação eleger outras formas de pagamento, conforme definições da Diretoria.

§ 1º O associado titular, enquanto empregado ativo da Vale S/A, poderá optar pela junção da cobrança de demais agregados familiareses para desconto em folha de pagamento, desde que expresse sua vontade em Termo a ser disponibilizado por esta Associação.

§ 2º Para os usuários que pagam suas contribuições exclusivamente via boleto, a cobrança será feita de forma mensal e, no caso de inadimplência de 01 (uma) contribuição, onde o pagamento não seja efetuado dentro do prazo de 30 (trinta) dias após o vencimento original, o respectivo valor será incluído no boleto com vencimento previsto para dois meses após a competência não adimplida. O boleto gerado contemplará tanto a contribuição vencida quanto a contribuição vincenda, sendo exigido o pagamento integral em parcela única, não sendo possível seu desmembramento ou pagamento parcial.

§ 3º Para os usuários que pagam suas contribuições através de desconto em folha de pagamento das Instituições Fundadoras e Patrocinadoras, bem como, da Fundação Valia, havendo insuficiência de margem consignável ou ausência de contracheque, sendo necessária a emissão de boleto com valor residual, esta cobrança será feita de forma mensal e, no caso de inadimplência de 01 (um) boleto, onde o pagamento não seja efetuado dentro do prazo de 20 (vinte) dias após o vencimento original, o respectivo valor será incluído no próximo boleto a ser gerado, sendo que este contemplará tanto o boleto vencido quanto o boleto vincendo, sendo exigido o pagamento integral em parcela única, não sendo possível seu desmembramento ou pagamento parcial.

Art. 23
Cada USUÁRIO, individualmente, será o responsável financeiro pelo pagamento do seu plano, 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, ações judiciais e cancelamento do plano.

Art. 24
Em caso de inadimplência do USUÁRIO, esse será desligado de forma individualizada, não afetando os demais usuários, salvo nos casos de junção da cobrança, momento que todos os envolvidos serão desligados em conjunto.

Art. 25
Em caso de inadimplência, serão acrescidos ao valor original do débito, desde a data do vencimento até o efetivo pagamento:

a) juros moratórios de 1% ao mês;
b) multa moratório de 2% ao mês;
c) correção monetária com base no IPCA-e ou outro índice que venha à substituí-lo.

XII. DO REAJUSTE

Art. 26.
O valor da contribuição dos usuários poderá ser reajustado na forma do Estatuto da Associação, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis e o disposto neste Artigo.

§1º As contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste financeiro sempre que ocorrer variação nos custos administrativos, médicos e/ou hospitalares do plano, inclusive no caso de aumento da rede credenciada e dos serviços cobertos, todo o mês de outubro de cada ano, independentemente da data de ingresso do USUÁRIO.

§ 2º As contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste técnico calculado com base em critérios atuariais de análise de risco referentes à alteração no nível de sinistralidade do plano, nos termos e dentro da periodicidade prevista na regulamentação pertinente.

§3º Independentemente dos reajustes tratados acima, as contraprestações pecuniárias de qualquer usuário do plano serão automaticamente aumentadas sempre que ocorrer alteração na sua idade que implique deslocamento para a faixa etária superior, conforme a seguir previsto:

a) 0 a 18 anos, mensalidade de R$465,09;
b) 19 a 23 anos, mensalidade de R$558,11;

c) 24 a 28 anos, mensalidade de R$669,73;
d) 29 a 33 anos, mensalidade de R$803,67;
e) 34 a 38 anos, mensalidade de R$803,67;
f) 39 a 43 anos, mensalidade de R$803,67;
g) 44 a 48 anos, mensalidade de R$1.139,24;
h) 49 a 53 anos, mensalidade de R$1.348,77;
i) 54 a 58 anos, mensalidade de R$1.934,78;
j) 59 anos ou mais, mensalidade de R$2.790,55.

XIII. DA SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO PLANO

Art. 27
Os USUÁRIOS do plano de saúde, perderão o direito ao uso do plano:

I. mediante suspensão por no mínimo 30 (trinta) dias, o beneficiário que deixar de contribuir ou quitar seus débitos por mais de 45 (quarenta e cinco) dias consecutivos, inobstante regularmente notificado, sendo a suspensão interrompida, automaticamente, caso o beneficiário quite seus débitos e os respectivos encargos;

II. mediante exclusão do plano, o beneficiário que:
a) no período de suspensão não quitar seus débitos e respectivos encargos, inobstante regularmente notificado, acumulando 02 (duas) competências vencidas, sendo elas consecutivas ou não;
b) obtiver ou tentar obter os serviços do plano mediante fraude;
c) utilizar dolosamente os serviços não cobertos pelo plano.

§ 1º Caso o beneficiário suspenso não efetue o pagamento integral de seus débitos, permanecerá suspenso mesmo após eventual quitação parcial, desde que ainda exista algum débito em aberto com inadimplência igual ou superior a 30 (trinta) dias.

§ 2º O usuário excluído não poderá ser readmitido no plano, salvo por deliberação da Diretoria e, caso o plano de retorno esteja ativo para comercialização.

§ 3º A exclusão do usuário não o desobriga de quitar os débitos e encargos devidos.

XIV. DA PERDA DA QUALIDADE DE USUÁRIO

Art. 28
O plano é destinado, exclusivamente, aos indivíduos elencados neste Regulamento, nos exatos graus de parentesco lá enumerados, perdendo a qualidade de usuário:
a) Requerimento de cancelamento individual do plano pelo próprio usuário;
b) Perda da qualidade/grau de parentesco enumerado no tópico antecedente;
c) Fraude, simulação ou qualquer outro ato que atente contra a moralidade, lealdade, bons costumes, respeito, urbanidade, falta grave, normas trabalhistas; honestidade e normas internas da Associação, independentemente da constatação de prejuízo financeiro;
d) Inadimplência; e
e) Nos demais casos previstos no Estatuto e normas da Associação.

§ 1º O cônjuge ou companheiro que se separar; divorciar ou deixar de conviver de forma estável perderá a condição de agregado familiar, levando consigo os demais agregados familiareses que não detenham vínculo direto com o associado titular. É VEDADO ao agregado familiar negociar/acordar/oferecer/permitir/transacionar, a qualquer título, a manutenção do ex-cônjuge/companheiro no plano e/ou permanecer silente quanto ao fim da união.

§ 2º Eventuais multas, autuações e/ou penalizações incorridas pela Associação advindas de inobservância quanto ao grau de parentesco enumerado acima serão passíveis de cobrança diretamente ao agregado familiar responsável.

§ 3º Uma vez perdida a qualidade de associado titular, independentemente do motivo, os agregados familiareses poderão continuar vinculados ao plano desde que assumindo individualmente as responsabilidades financeiras de suas respectivas contribuições e coparticipações.

XV. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29
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. 30
O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado.

Art. 31
Toda a comunicação e disponibilização de documentos entre a ASSOCIAÇÃO e os USUÁRIOS será feita de forma digital, via portal no sítio eletrônico da Operadora, aplicativo Saúde Pasa disponível para IOS e Android ou e-mail do USUÁRIO informado no momento da adesão.

Art. 32
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.

Rio de Janeiro, 01 de outubro de 2026