Regulamento PASA 360 ITABIRA

I. Características Gerais

1.1. Este Regulamento tem por objetivo estabelecer diretrizes para a utilização do plano *PASA 360 ITABIRA*, benefício nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, modulado no sistema de **porta de entrada**.

1.2. Todas as regras aqui definidas foram previamente debatidas pela Diretoria e Conselho Deliberativo da Associação, respeitando as premissas fixadas por toda a coletividade para perenidade desta autogestão, na forma do Art. 10, parágrafo terceiro, da Lei 9.656/98.

1.3. O plano tem como premissa o modelo de *Atenção Primária à Saúde (APS)*, constituído por equipes multidisciplinares que fazem a gestão do paciente, através de um conjunto de ações coordenadas para exercer a atenção continuada à saúde.

1.4. Este formato, que também propõe uma relação interpessoal de confiança entre os usuários e os profissionais de saúde, é representado pelo número *360* aplicado ao nome por remeter a um ciclo contínuo de cuidado do paciente, com ações de manutenção da saúde a partir de sua primeira utilização.

1.5. **Qualificação da Operadora:**

Razão Social: *PASA – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO APOSENTADO DA VALE*
CNPJ: *39.419.809/0001-98*
Registro na ANS: *33198-8*
Classificação da Operadora: *Autogestão em Saúde*
Endereço: *Av. Presidente Vargas, nº 3131 – 6º Andar, Salas 605 e 606 – Centro, Rio de Janeiro/RJ – 20.210-911*

1.6. **Qualificação do Contratante:**

Por se tratar de plano fornecido, exclusivamente, a associados e seus agregados familiareses, as qualificações do contratante encontram-se dispostas na ficha de adesão, bem como, de associação, parte integrante deste regulamento.

1.7. **Informações do Produto:**

Nome Comercial: PASA 360 ITABIRA
Tipo de Contratação: coletivo por adesão

Registro do Produto na ANS: 484668191
Segmentação Assistencial: ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia
Área Geográfica de Abrangência: por grupo de municípios (Itabira/MG e Belo Horizonte/MG)
Padrão de Acomodação em Internação: enfermaria
Formação de preço: pré-estabelecido
Serviços e coberturas adicionais: Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sem cobertura adicional

1.8. O plano de saúde em comento é de prestação continuada de serviços, com cobertura de custos assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à assistência médica hospitalar, nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

II. Do Tipo e Forma de Atendimento

2.1. A cobertura dos atendimentos se dará, exclusivamente, nas entidades previamente credenciadas pela Associação, nas cidades de Itabira/MG e Belo Horizonte/MG, esta última na qualidade de retaguarda para internações, conforme delineado neste tópico.

2.2. O presente plano possui atendimento exclusivo no regime de credenciamento, através do sistema de "PORTA DE ENTRADA", nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia.

2.2.1. Entende-se como "PORTA DE ENTRADA" o mecanismo de regulamentação elegido pela Associação para gerenciamento e encaminhamento do beneficiário à rede credenciada/referenciada, sendo sua utilização **obrigatória**.

2.3. Para atendimentos eletivos junto à rede credenciada, o beneficiário deverá se dirigir ao prestador eleito como "PORTA DE ENTRADA", cabendo à equipe multidisciplinar analisar, autorizar e direcionar o beneficiário à rede referenciada/credenciada.

2.4. 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).

2.5. Ao utilizar a rede credenciada após direcionamento pela PORTA DE ENTRADA, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo a ASSOCIAÇÃO efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do serviço.

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

2.7. 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.

2.8. Não será permitido o acesso direto à rede credenciada, ainda que portando pedido médico e/ou guia, sem a prévia aprovação da "PORTA DE ENTRADA".

2.9. O beneficiário **só poderá ser atendimento** no prestador referenciado pela equipe da "PORTA DE ENTRADA", sendo **vedada/proibida** a busca direta por atendimento.

2.10. Fica eleita como "PORTA DE ENTRADA" para atendimento a Clínica PASA sediada na cidade de Itabira- MG, cabendo a todos os beneficiários, ainda que residentes em outras cidades, dirigir-se ao município eleito (Itabira) para redirecionamento à rede credenciada.

2.11. As despesas com deslocamento para a PORTA DE ENTRADA e/ou prestadores referenciados serão arcadas, exclusivamente, pelo beneficiário.

2.12. Em caso de fechamento, interdição, modificação ou paralisação da Clínica PASA, caberá a Diretoria da Associação eleger novo local como "PORTA DE ENTRADA".

2.13. Nos atendimentos de emergência e urgência, o beneficiário deverá dirigir-se, imediatamente, ao atendimento da unidade hospitalar credenciada, sem a utilização do mecanismo de "PORTA DE ENTRADA". Todavia, após alta médica, para continuidade do tratamento, deverá observar os mecanismos regulares para autorização de procedimento/tratamento eletivo.

III. Condições de Admissão e Manutenção do Plano

3.1. Para ingresso na qualidade de titular, deverá o beneficiário observar as previsões existentes no Estatuto da Associação.

3.2. O titular poderá, caso assim queira, solicitar a inclusão dos seguintes *agregados familiareses* (usuários):

I – Cônjuge ou companheiro(a): a) Esposo(a) ou companheiro(a) em união estável formalizada.

II – Dependentes sob proteção legal: a) Criança ou adolescente sob guarda ou tutela judicial do titular ou de seu cônjuge/companheiro(a); b) Pessoa sob curatela judicial do titular ou de seu cônjuge/companheiro(a).

III – Parentes do titular ou do(a) seu(sua) cônjuge/companheiro(a) (até o 4º grau de parentesco por sangue ou afinidade): a) 1º Grau: filhos(as), enteados(as), pais, mães, padrastos, madrastas, genros e noras; b) 2º Grau: netos(as), irmãos/irmãs e cunhados(as); c) 3º Grau: tios(as) e sobrinhos(as); d) 4º Grau: trinetos(as), sobrinhos-netos(as) e primos(as).

IV - Para a inclusão de dependentes e agregados com base no paragrafo 3.2 do Regulamento, a operadora deve exigir documentos de identificação básica de todos os ingressantes (RG, CPF e comprovante de residência), o Termo de Adesão assinado (e os documentos comprobatórios, específicos para cada categoria, conforme previsto no anexo I desse regulamento.

3.3. Não poderá ser inscrito como *agregado familiar* no plano o beneficiário cadastrado junto à Assistência Médica Supletiva – das patrocinadoras do PASA.

3.4. O aposentado e o ex-empregado que tiverem direito à plano oferecidos pelas patrocinadoras do PASA poderão se associar somente para fins de inscrição de *agregados familiareses* até o limite fixado no caput deste artigo.

3.5. Os *agregados familiareses* acima elencados 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.

3.6. 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.

3.7. 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.

3.8 A inclusão de *agregados familiareses* não é atribuição exclusiva do titular, podendo os *agregados familiareses* solicitar sua inclusão individualmente, sendo vedada a

solicitação de inclusão

por terceiros, ressalvado o procurador regularmente constituído, mediante procuração pública.

3.9. Uma vez que a inclusão de *agregados familiareses* é facultativa, estes respondem individualmente por todos os atos, omissões, dívidas, independentemente do motivo, na forma do Estatuto.

IV. Condições de Perda do Plano

4.1 O plano é destinado, exclusivamente, aos indivíduos elencados neste Regulamento, nos exatos graus de parentesco lá enumerados, perdendo a qualidade de beneficiário:

a) Requerimento de cancelamento individual do plano pelo próprio associado ou *agregado familiar*

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.

4.2 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* participantes 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.

4.3. 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.

4.4. 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.

V. Coberturas e Procedimentos Garantidos

5.1. As coberturas dar-se-ão, exclusivamente, através da rede referenciada da

Associação, inexistindo possibilidade de reembolso de despesas (livre escolha de prestadores).

5.2. 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.

5.3. O plano é **restrito ao rol de eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, vigente à época do evento, e o disposto no Art. 12, da Lei 9.656 de 1.998 (Leis dos Planos de Saúde), nas segmentações ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia.

5.3.1. Entende-se por **cobertura ambulatorial** os atendimentos realizados em consultórios, clínicas ou ambulatórios, sem a necessidade de internação, tais como consultas, tratamentos, terapias e exames ou quaisquer outras classificações que venham a ser criadas.

5.3.2. A **cobertura hospitalar** compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, incluindo as despesas com honorários médicos, taxas, medicamentos, inclusive materiais utilizados e alimentação;

5.4. É garantido, ainda, a cobertura dos procedimentos especiais:

a. hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b. quimioterapia oncológica ambulatorial;
c. radioterapia ambulatorial;
d. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
e. hemoterapia ambulatorial;
f. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
g. nutrição parenteral ou enteral, em regime de internação;
h. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
i. embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
j. radiologia intervencionista;

k. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

l. procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

5.5. O presente benefício garante, sem limitação de dias, a internação hospitalar, desde que o tratamento/procedimento prescrito pelo profissional assistente só possa ser realizado em regime de internação, devendo haver o respectivo imperativo clínico.

5.6. O benefício ainda prevê cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

5.7. É, ainda, garantida a cobertura dos itens listados abaixo:

a. atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998;

b. participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;

c. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, na rede própria e referenciada;

d. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, “b”, da Lei 9656/1998, artigo 14, II, da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

e. cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

f. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

g. cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por

fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

h. 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;

i. cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;

j. cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

k. cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

l. cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;

m. cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como, as despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção.

VI. Procedimentos Não Cobertos

6.1. **Não estão cobertos**:

a. qualquer cobertura não prevista no rol de procedimentos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, podendo a consulta ser feita no link http://www.ans.gov.br ;

b. quaisquer coberturas obstétricas, inclusive internação eletiva da parturiente e atendimento ao nascituro ou recém-nascido;

c. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

d. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

e. inseminação artificial;

f. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

g. medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

h. tratamento domiciliar, quer sejam medicamentos, equipe, mobiliário ou outros itens, exceto medicação oncológica prevista nas normativas vigentes;

i. próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

k. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

l. tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

m. honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos da ANS;

n. órteses, próteses, materiais e medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

o. extraordinários de contas hospitalares, tais como (mas não limitadas) a: telefonemas, aluguel de ar-condicionado, televisão, frigobar e internet, quando não inclusos no preço da diária, lavagem

de roupa, além de demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes;

p. nutrição parenteral ou enteral domiciliar;

q. vacinas;

r. remoção aérea e terrestre, exceto nas hipóteses previstas neste regulamento;

s. tratamento e/ou procedimentos realizados no exterior.

VII. Prazo de Duração do Contrato

7.1. O presente regulamento/contrato vigorará por prazo indeterminado, podendo a Associação promover seu cancelamento e/ou adequação.

7.2. O presente contrato terá como data de início de vigência a aprovação junto ao Conselho Deliberativo.

VIII. Carência

8.1. A carência mencionada refere- se ao período em que o beneficiário contribui com o plano, porém, não pode utilizar os serviços descritos até o cumprimento do prazo estabelecido.

8.2. Os prazos regulares de carência serão contados em dias corridos, contados a partir do ingresso do beneficiário no plano, observados os limites:

a. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, na forma da definição deste Regulamento;

b. 60 (sessenta) dias para os atendimentos na segmentação ambulatorial;

c. 120 (cento e vinte) dias para os atendimentos na segmentação hospitalar.

8.3. Poderá o beneficiário realizar portabilidade de carência, na forma da legislação em vigor à época da solicitação, desde que requerida antes do ingresso neste plano.

8.4. Ficam isentos de carência o associado e seus participantes vindos de planos de saúde das patrocinadoras do PASA, desde que a adesão a este plano seja solicitada em até 90 (noventa) dias corridos após o cancelamento do plano anterior.

8.5. Nos atendimentos em emergência e urgência, fica garantida ao beneficiário a cobertura das 12 (doze) primeiras horas de atendimento, sem direito a internação. Acaso ultrapassado o prazo (12h) ou necessária a internação, competirá à Associação remover o paciente para uma unidade do SUS – Sistema Único de Saúde ou, caso o beneficiário assim queira, manter-se na unidade hospitalar desde que assuma os custos integrais.

IX. Urgência e Emergência

9.1. São garantidos os atendimentos de urgência e emergência, assim classificados pelo profissional de saúde assistente, independentemente da segmentação, na forma do Art. 35-C, da Lei nº. 9.656 de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), entendendo como emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente e de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais (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).

9.2. É assegurada a remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente, desde que o hospital de origem seja sediado na área de atuação do produto;

9.3. É assegurado ao beneficiário o reembolso das despesas incorridas nos atendimentos classificados como de urgência e emergência, limitado aos valores praticados pela Associação, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou referenciados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano. Para tanto, deverá o beneficiário, munido do relatório médico descrevendo o tipo de atendimento, o comprovante das despesas e demonstração do desembolso do valor pelo usuário, requerer o reembolso das unidades de atendimento do PASA.

9.4. Em todos os 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 Formação de Preço e Contribuição Mensal

10.1. Os valores das contribuições encontram-se discriminados na Tabela de Contribuições Mensais, disponível em quaisquer dos escritórios da ASSOCIAÇÃO ou em seu endereço eletrônico: saudepasa.com.br

Parágrafo Único: O custeio do plano será integralmente coberto pelos associados e seus *agregados familiareses*.

10.2. Caberá ao Associado Titular e *agregados familiareses*, arcar individualmente com todos os valores relativos ao plano, quer sejam mensalidade, coparticipação e outros.

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

I) Preferencialmente, através de desconto em folha de pagamento das Instituições Fundadoras e empresas do grupo, bem como, da Fundação Valia;

II) Em caso de insuficiência de margem consignável ou ausência de contracheque, a cobrança dar-se-á através de boleto, com data de vencimento com data de vencimento no dia 07 (sete) de cada mês;

III) Poderá, ainda, a Associação eleger outras formas de pagamento, conforme definições da Diretoria.

10.4. 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.

10.5. Os *agregados familiareses* vinculados ao plano de saúde de forma individual,

arcarão com as despesas através de boleto, com data de vencimento definido pela Diretoria da Associação.

10.6. 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.

10.7. 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.

10.8. Cada associado e *agregado familiar* 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;

10.9. Em perda do direito de uso ao plano pelo *agregado familiar* ou associado, esse será desligado de forma individualizada, não afetando os demais beneficiários, nas seguintes hipóteses:

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.

10.10. 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.

10.11. 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.

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

10.13. A comunicação de desligamento por inadimplência será enviada, exclusivamente, ao mesmo endereço eleito para recebimento do boleto.

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

10.15. A exclusão do beneficiário, seja ele associado ou *agregado familiar*, não o desobriga de quitar os débitos e encargos devidos.

XI. Do Reajuste

11.1. O valor da contribuição dos beneficiários poderá ser reajustado pelo Conselho Deliberativo, mediante proposta formulada pela Diretoria, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis e o disposto neste Artigo.

11.2. 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.

11.3. 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.

11.4. Independentemente dos reajustes tratados acima, as contraprestações pecuniárias de qualquer beneficiário 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 (zero) a 18 (dezoito) anos, acréscimo de 0%;
b. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos, acréscimo de 10%;
c. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos, acréscimo de 10%;
d. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos, acréscimo de 30%;
e. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos, acréscimo de 5%;

f. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos, acréscimo de 9%;
g. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos, acréscimo de 35%;
h. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos, acréscimo de 14%;
i. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos, acréscimo de 35%;
j. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais, acréscimo de 55%.

Valor mensal da contribuição por faixa etária:

a) 0 a 18 anos, mensalidade de R$ 210,21
b)19 a 23 anos, mensalidade de R$ 231,24
c)24 a 28 anos, mensalidade de R$ 254,37
d)29 a 33 anos, mensalidade de R$ 330,68
e)34 a 38 anos, mensalidade de R$ 347,22
f)39 a 43 anos, mensalidade de R$ 378,47
g)44 a 48 anos, mensalidade de R$ 510,94
h)49 a 53 anos, mensalidade de R$ 582,47
i)54 a 58 anos, mensalidade de R$ 786,34
j)59 anos ou mais, mensalidade de R$1218,83

11.5. O reajuste por faixa etária será automático, quando do atingimento da idade da faixa subsequente, devendo ser observado que o valor da última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

XII. Da Coparticipação

12.1. Além da contribuição mensal, arcará o beneficiário com valores a título de coparticipação em atendimentos, 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. 15% (quinze por cento) para todos os atendimentos realizados na segmentação ambulatorial;

b. 35% (trinta e cinco por cento) para as consultas realizadas em pronto-socorro e atendimento de emergência e urgência dos prestadores credenciados, desde que não evolua para internação;

c. 35% (trinta e cinco por cento) para internações psiquiátricas a partir

do 16º (décimo sexto dia) de internação, independentemente do tipo de estabelecimento credenciado escolhido;

d. Estão isentos de coparticipação as internações hospitalares e os atendimentos realizados no estabelecimento eleito como “PORTA DE ENTRADA”.

Parágrafo único. As coparticipações previstas nos itens “a”, “b” e “c” 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 contabilizados no mês, e não separadamente por tipo de procedimento.

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

XIII. Remoção

13.1. É garantida a remoção inter-hospitalar, pela via terrestre, desde que observados os seguintes requisitos cumulativamente:

a. O hospital de origem e destino estejam dentro da área de atuação do produto (Itabira e Belo Horizonte);

b. O médico assistente declare a incapacidade técnica do hospital de origem para o atendimento necessário à salvaguarda da vida do paciente ou o hospital não possua os requisitos mínimos para a realização do procedimento, considerando as boas práticas e normativos legais;

c. O hospital receptor, mais adequado para cada caso, seja o mais próximo possível do hospital de origem e credenciado ao plano;

13.2. Caso o beneficiário esteja internado em unidade hospitalar do SUS, desde que o hospital de origem esteja dentro da área de atuação do produto, é garantida a remoção inter-hospitalar, pela via terrestre, para hospital credenciado apto ao atendimento e mais próximo possível ao local de origem;

13.3. Todas as remoções dar-se-ão para unidades hospitalares credenciadas, sendo direcionadas ao prestador mais próximo e com capacidade de atendimento, sendo vedada a escolha pelo paciente e/ou familiares, independentemente do critério por eles utilizados.

13.4. É vedada qualquer cobertura aérea, sendo as remoções realizadas, apenas, pelo meio terrestre e em unidade adequada ao estado de saúde do paciente.

XIV. Disposições Finais

14.1. 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.

14.2. 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.

14.3. O associado afastado provisoriamente terá assegurada sua readmissão a qualquer tempo, observando-se a obrigatoriedade de cumprimento dos períodos de carência, passando a pagar contribuição comum aos usuários do plano.

14.4. 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.

14.5. O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado.

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

14.7. 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.

14.8. 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

Para a inclusão de dependentes e agregados.

1. Documentos Gerais (obrigatórios para qualquer inclusão)

- Documento oficial de identificação com foto e CPF do titular e do dependente/agregado;
- Comprovante de endereço recente;
- Termo de Adesão devidamente preenchido e assinado.

2. Documentos Específicos por Enquadramento (Paragrafo 3.2).

Inciso I – Cônjuge ou Companheiro(a)

- **Cônjuge:** Certidão de Casamento atualizada com data de emissão máxima de 12 (doze) meses a partir da data de inclusão **Companheiro(a):** Escritura Pública de União Estável ou Decisão/Sentença Judicial declaratória de união estável. com data de emissão máxima de 12 (doze) meses a partir da data de inclusão **Inciso II – Dependentes sob Proteção Legal**
- **Criança/Adolescente sob Guarda ou Tutela:** Termo Judicial de Guarda ou Termo de Tutela expedido pelo Poder Judiciário em favor do titular ou de seu cônjuge/companheiro;
- **Pessoa sob Curatela:** Termo de Curatela definitivo ou provisório expedido pelo juízo competente em favor do titular ou de seu cônjuge/companheiro.

Inciso III – Parentes do Titular ou do Cônjuge/Companheiro (até 4º grau)

Para comprovar a linha de parentesco, devem ser apresentadas as certidões de registro civil em cadeia sucessiva (nascimento/casamento), demonstrando o elo com o titular (ou com o cônjuge/companheiro, somando-se à certidão de casamento/união estável deste):

- **1º Grau:**

Filhos(as)*:* Certidão de Nascimento ou RG do filho que quer incluir, vendo então no documento quem são seus pais;
Pais (pai/mãe): Certidão de Nascimento ou RG do titular/cônjuge + RG do Pai quer se quer incluir;
O que analisamos*:* o documento do próprio titular identifica quem são seus genitores

Enteados(as)*:* Certidão de Nascimento/RG do enteado + Certidão de Casamento/União Estável do titular com o genitor da criança;
O que analisamos: O documento da criança comprova quem é o pai/mãe dela; a certidão de casamento comprova que o titular é parceiro desse genitor

Padrasto/Madrasta*:* Certidão de Casamento/União Estável do pai/mãe com o padrasto/madrasta + RG/Certidão de Nascimento do cônjuge do titular/cônjuge;
O que analisamos: A certidão que formaliza o vínculo civil entre o pai ou mãe do titular e essa nova pessoa

Genros/Noras*:* Certidão de Casamento ou Escritura de União Estável do filho(a) com o agregado que se quer incluir.
O que analisamos: O elo que prova que a pessoa de fora é casada ou convive formalmente com o filho legítimo do titular

- **2º Grau:**

Netos(as)*:* Certidão de Nascimento do neto + Certidão de Nascimento/RG do filho(a) do titular;

O que analisamos: No registro do neto, verificamos quem são os pais e quem constam como "avós paternos ou maternos" (o nome do titular deve constar como avô/avó

Irmãos/Irmãs*:* RG/Certidão de Nascimento do irmão demonstrando a mesma filiação (pais em comum);
O que analisamos: A filiação de ambos. O documento deve mostrar que os dois são filhos dos mesmos genitores (pai e/ou mãe em comum)

Cunhados(as): Certidão de Casamento/União Estável do titular com o cônjuge + Certidão de Nascimento/RG do irmão(ã) do cônjuge (ou certidão de casamento do irmão do titular + RG irmão do titular).
O que analisamos: A junção de dois fatos: primeiro prova-se o casamento de uma ponta e, em seguida, que o agregado é irmão daquela pessoa com quem se casou.

- **3º Grau:**

Sobrinhos(as): Certidão de Nascimento/RG do sobrinho + Certidão/RG do irmão(ã) do titular que comprove a filiação;
O que analisamos: A certidão do sobrinho aponta os pais dele; o documento do irmão prova que esse genitor do sobrinho é irmão do titular (filhos dos mesmos pais).

Tios(as): Certidão de Nascimento/RG do tio + Certidão de Nascimento/RG do pai/mãe do titular (comprovando os mesmos avós).
O que analisamos: No registro do tio e no registro do pai/mãe do titular constarão os mesmos pais (que são os avós do titular).

- **4º Grau:**

Primos(as): Certidões de nascimento sucessivas que comprovem o vínculo pelos avós comuns (nascimento/RG do primo + nascimento/RG do tio/tia + nascimento/RG do pai/mãe do titular);
O que analisamos: Para saber se duas pessoas são primas legítimas, o ponto de encontro são os avós comuns. A certidão do primo prova quem é o pai dele; a certidão desse tio e a do pai do titular provam que eles eram irmãos (filhos do mesmo avô).

Sobrinhos-netos(as): Certidão/RG do sobrinho-neto + Certidão/RG do sobrinho + Certidão do irmão do titular;
O que analisamos: A linha geracional: a criança é filha do sobrinho; o sobrinho é filho do irmão; e o irmão tem os mesmos pais que o titular.

Trinetos(as): Cadeia de certidões de nascimento/RG (trineto → bisneto → neto → filho → titular).
O que analisamos: A linha geracional direta para baixo, onde cada certidão de nascimento

aponta para o genitor da certidão anterior, até alcançar o titular.

Rio de Janeiro, 01 de outubro de 2026