# REGULAMENTO DO PLANO PASA MINEIRO

COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
ENTIDADE REGISTRADA NA ANS SOB O Nº 331988
PLANO REGISTRADO NA ANS SOB O Nº 473321/15-5

## 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 e livre escolha (reembolso).

Art. 3º
É garantida a cobertura para atendimentos e internações, seja em regime de credenciamento ou livre escolha (reembolso), realizados estritamente nas cidades listadas a seguir:

a) Araguari
b) Aimorés
c) Antônio Dias
d) Araxá
e) Barão de Cocais
f) Barbacena
g) Belo Horizonte
h) Belo Oriente
i) Bom Jardim de Minas
j) Brumadinho
l) Caeté
m) Catas Altas
n) Congonhas
o) Conselheiro Lafaiete

p) Conselheiro Pena
q) Contagem
r) Coronel Fabriciano
s) Divinópolis
t) Governador Valadares
u) Grão Mogol
v) Ipatinga
w) Itabira
x) Itabirito
y) João Monlevade
z) Mariana
aa) Matipó
bb) Montes Claros
cc) Nova Era
dd) Nova Lima
ee) Ouro Branco
ff) Ouro Preto
gg) Porteirinha
hh) Resplendor
ii) Rio Piracicaba
jj) Sabará
kk) Salinas
ll) Santa Bárbara
mm) Santa Luzia
nn) São Domingos do Prata
oo) São João Del Rei
pp) Sete Lagoas
qq) Timóteo
rr) Uberlândia
ss) Uberaba

## 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 FAMILIAR 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
Poderão ingressar no plano, na condição de dependentes ou agregados familiares vinculados ao ASSOCIADO TITULAR, os seguintes membros do seu grupo familiar:

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 Art. 5º 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 (conforme prevê o § 2º) e os documentos comprobatórios específicos para cada categoria, conforme previsto no anexo I desse regulamento.

§1º O rol de agregado familiar 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 familiares 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 Agregado familiar 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.

## 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 os serviços em entidades e profissionais de sua livre escolha, com o reembolso das despesas nos limites do disposto deste Regulamento;
c. 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, bem como por entidades e profissionais de livre escolha do usuário.

§ 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 de tempo durante o qual o associado ou agregado familiar contribui, mas ainda não tem direito de utilizar os serviços do plano.

Art. 15.
Os beneficiários terão os seguintes períodos de carência:
24 (vinte e quatro) horas, a partir do ingresso no plano, para os casos de atendimento de urgência e emergência;
180 (cento e oitenta) dias para demais atendimentos/ eventos/ procedimentos, a partir do pagamento da primeira contribuição.

§1º. 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

§ 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 por meio de credenciamento e livre escolha, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica do plano, bem como observada as formas e limites estabelecidos neste Regulamento.

§ 1º Para efeitos do reembolso decorrente de atendimento de livre escolha e decorrente de atendimento de urgência/emergência, tomar-se-á sempre como base de cálculo e limites a relação de preços de serviços médicos e hospitalares da Tabela praticada pela ASSOCIAÇÃO e vigentes no momento e localidade onde ocorreu o atendimento e disponíveis na página saudepasa.com.br.

§ 2º Os valores gastos pelo associado que ultrapassarem os preços praticados pela ASSOCIAÇÃO, bem como os percentuais de coparticipação previstos neste Regulamento, serão de sua exclusiva responsabilidade.

§ 4º Para a correta análise e a respectiva efetivação do reembolso, o associado deverá apresentar os seguintes documentos:

a) consulta – recibo em papel timbrado ou nota fiscal válida como recibo, emitidos há menos de 45 dias, com a especificação do motivo da consulta, o nome do paciente, o valor cobrado, assinatura e carimbo do médico assistente, especialidade, números de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM e no CPF/MF ou CNPJ/MF, endereço legível do local do atendimento e data de realização do evento;

b) atendimento de pronto-socorro hospitalar – nota fiscal válida como recibo, emitida há menos de 45 dias, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, o nome do paciente, o valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, número de inscrição no CPF/MF ou CNPJ/MF, endereço legível do estabelecimento e data de realização do evento;

c) exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento – recibo em papel timbrado ou nota fiscal válida como recibo, emitida há menos de 45 dias, com a especificação e discriminação de cada exame realizado, indicação clínica e/ou hipótese diagnóstica, CID, o nome do paciente, o valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, número de inscrição no CPF/MF ou CNPJ/MF, endereço legível do estabelecimento e data de realização do evento;

d) honorários médicos durante a internação – recibo em papel timbrado ou nota fiscal válida como recibo, emitida há menos de 45 dias, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, indicação clínica e/ou hipótese diagnóstica, CID de internação e alta, nome do paciente, o valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, número de inscrição no CPF/MF ou CNPJ/MF, endereço legível do estabelecimento e data de realização do evento;

e) internação – nota fiscal válida como recibo da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, emitida há menos de 45 dias, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação.

§ 5º O reembolso decorrente de atendimento de livre escolha e decorrente de atendimento de urgência/emergência será feito em até 30 (trinta) dias após a entrega pelo USUÁRIO da documentação completa que comprove as despesas feitas, com crédito direto na conta corrente do associado titular.

§ 6º. É obrigação do usuário informar corretamente seus dados bancários para a realização do reembolso em conta corrente de sua titularidade.

§ 7º. 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.

## 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: 25%

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

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

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

§ 1º O associado titular, enquanto empregado ativo das empresas patrocinadoras, poderá optar pela junção da cobrança de demais agregado familiar para desconto em folha de pagamento, desde que expresse sua vontade em Termo a ser disponibilizado por esta Associação.

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) Ao completar 19 (dezenove) anos, acréscimo de 0,00%;
b) Ao completar 24 (vinte e quatro) anos, acréscimo de 10,80%;
c) Ao completar 29 (vinte e nove) anos, acréscimo de 43,14%;
d) Ao completar 34 (trinta e quatro) anos, acréscimo de 5,01%;
e) Ao completar 39 (trinta e nove) anos, acréscimo de 9,08%;
f) Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos, acréscimo de 34,85%;
g) Ao completar 49 (quarenta e nove) anos, acréscimo de 14,10%;
h) Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos, acréscimo de 36,19%;
i) Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos, acréscimo de 57,60%.

Valor mensal da contribuição por faixa etária:

a) 0 a 18 anos, mensalidade de R$ 288,38
b)19 a 23 anos, mensalidade de R$ 288,38
c)24 a 28 anos, mensalidade de R$ 319,54
d)29 a 33 anos, mensalidade de R$ 457,38
e)34 a 38 anos, mensalidade de R$ 480,30
f)39 a 43 anos, mensalidade de R$ 523,91
g)44 a 48 anos, mensalidade de R$706,49
h)49 a 53 anos, mensalidade de R$806,10
i)54 a 58 anos, mensalidade de R$1097,83
j)59 anos ou mais, mensalidade de R$1730,19

## 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 até 30 (trinta) dias, o beneficiário que deixar de contribuir ou quitar seus débitos por mais de 45 (quarenta e cinco) 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 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 agregado familiar 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 familiares 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.

## ANEXO I

Para a inclusão de dependentes e agregados com base no Art. 5º do Regulamento.

**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 (Art. 5º)**
**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