

# REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE PAS – SERPRO –ESSENCIAL FAMÍLIA

---

## CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º - O SERVIÇO FEDERAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS – SERPRO é empresa pública de direito privado inscrita no CNPJ sob o no. 33.683.111/0001-07, operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão por departamento de recursos humanos, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 345474, classificada na modalidade de autogestão, com sede localizada no SGAN quadra 601, módulo V, CEP 70.836-900, na cidade de Brasília, Distrito Federal.

Art. 2º - O plano coletivo de saúde, objeto deste regulamento, denominado Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, com registro de produto na ANS sob o nº. 508.296/26-0, apresenta as seguintes características gerais:

- I) Tipo de contratação: Coletivo empresarial;
- II) Segmentação assistencial: Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
- III) Área geográfica de abrangência: Nacional;
- IV) Área de atuação: Nacional;
- V) Padrão de acomodação em internação: Enfermaria;
- VI) Formação do preço: Pré-estabelecido; e
- VII) Serviços e coberturas adicionais: Não há.

## CAPÍTULO II – OBJETIVO E DIRETRIZES DO PLANO

Art. 3º - Este Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com 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 (CID-10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Art. 4º - Este Regulamento traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes.

## **CAPÍTULO III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

### **Seção I – Titulares**

Art. 5º - São considerados beneficiários titulares do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA:

I. Empregados do SERPRO.

II. Ex-empregados do SERPRO, demitidos sem justa causa pela empresa, nos termos da legislação vigente:

a) A opção de permanência no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA deverá ser formalizada em até 30 (trinta) dias contados a partir da data de seu desligamento;

b) Terá direito a permanecer no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA pelo período correspondente a 1/3 (um terço) do tempo em que permaneceu no plano enquanto era empregado, com um mínimo de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

c) Perderá o direito à permanência no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA caso seja admitido em novo emprego (que possibilite o ingresso deste ex-empregado em outro plano de saúde), cabendo-lhe informar à Operadora imediatamente, sob pena de responsabilização.

III. Ex-empregados do SERPRO, aposentados pelo Regime Geral de Previdência Social durante a vigência do vínculo funcional:

a) A opção de permanência no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA deverá ser formalizada em até 30 (trinta) dias contados a partir da data de seu desligamento;

b) Poderá permanecer no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, de forma vitalícia, se tiver contribuído para o plano pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos durante a vigência do vínculo funcional. Caso tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos, terá direito de permanecer por igual

período à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição durante a vigência do vínculo funcional.

IV. Pensionistas, junto ao Regime Geral de Previdência Social ou junto a Regime de Previdência Privada, de titulares falecidos (empregados e ex-empregados).

V. Empregados e servidores de outros órgãos requisitados para trabalharem no SERPRO, durante o período de exercício desta requisição.

VI. Dirigentes do SERPRO, durante o período de exercício destas funções.

VII. Assessores de Natureza Especial do SERPRO, durante o período de exercício destas funções.

## Seção II – Dependentes

Art. 6º - São considerados beneficiários dependentes do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA:

I) Cônjuge ou companheiro(a) de união estável.

II. Quando o Beneficiário Titular for casado, não coabitar com o cônjuge e não estiver separado judicialmente, permanece o vínculo matrimonial, não podendo, portanto, inscrever a(o) atual companheira(o) como dependente.

III. Filhos solteiros, até 21 anos ou até 24 anos completos no caso de estarem cursando nível superior.

a) Para a manutenção do dependente entre 21 e 24 anos completos, que cursa nível superior, deverá ser apresentado semestralmente declaração do estabelecimento de ensino superior comprovando a frequência regular do aluno ou comprovante de pagamento das mensalidades dos últimos 6 (seis) meses.

b) Os documentos acima mencionados deverão ser apresentados até o último dia útil do mês de início do semestre letivo.

c) Os filhos solteiros, maiores de 21 até 28 anos completos, que não se enquadrem na condição de dependência prevista em Acordo Coletivo de Trabalho, poderão ser inscritos exclusivamente no PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, desde que assumam o custo total da mensalidade prevista.

d) Para a manutenção dos filhos entre 21 e 28 anos, agregados, o empregado deverá entregar declaração preenchida e assinada de que seu dependente é solteiro.

e) Os dependentes, sob tutela/curatela, desde que o(a) Titular tenha sido designado legalmente tutor/curador e comprove à inexistência de bens do

tutelado/curatelado, nos mesmos limites de idade e condições estabelecidas nas letras “c” e “d”;

f) Os menores sob guarda e enteados sob guarda do beneficiário titular ou de seu cônjuge, solteiros, nos mesmos limites de idade e condições estabelecidas nas letras “c” e “d”;

g) Os genitores, sem limite de idade, desde que cada um deles, comprovadamente, não possua renda própria; Plano de Assistência Médica além da Previdência Social, dependa unicamente do(a) Titular e conste do cadastro de dependentes do PAS no mês de abril de 1998;

h) Na ocorrência de casais empregados (cônjuge/companheiro) do SERPRO, um deles poderá optar por ser dependente do outro. Se um dos empregados possuir dependente que não seja comum aos dois (ex.: pai, mãe etc.) este deverá ser o Titular.

§ 1º - O limite de idade para permanência no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA não se aplica a filho acometido por invalidez permanente ao trabalho durante a vigência de sua inscrição no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, devidamente atestada e reconhecida pela operadora do plano de saúde.

l) A condição de invalidez para o trabalho será caracterizada por meio de perícia médica pela operadora do plano de saúde. O dependente se obriga a realizar perícia para comprovação da invalidez sempre que solicitado pela Operadora, o não atendimento poderá ser motivo de exclusão do dependente do plano de saúde.

§ 2º - O limite de idade para permanência de familiar no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, disposto no inciso II do art. 6º, não se aplica a cônjuge ou companheiro, enquanto persistir o relacionamento conjugal.

§ 3º - O limite de idade para permanência de familiar no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, disposto no inciso II do art. 6º, não se aplica a enteado acometido por invalidez permanente ao trabalho durante a vigência de sua inscrição no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, devidamente atestada e reconhecida pela operadora do plano de saúde, enquanto persistir o relacionamento conjugal com o genitor do enteado.

l) A condição de invalidez para o trabalho será caracterizada por meio de perícia médica realizada pela operadora do plano de saúde. O dependente se obriga a realizar perícia para comprovação da invalidez sempre que solicitado pela Operadora, o não atendimento poderá ser motivo de exclusão do dependente do plano de saúde.

Art. 7º - A inscrição e permanência dos beneficiários dependentes ficará condicionada à participação do(a) titular, no mesmo plano.

§1º - Com o falecimento do beneficiário titular, os dependentes inscritos podem continuar a ter a assistência do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA enquanto permanecerem nessa condição e obedecidas as demais condições deste Regulamento. Os dependentes deverão manifestar a intenção de permanecer no plano em até 30 (trinta) dias após o falecimento do beneficiário, assumindo a responsabilidade pelo pagamento da mensalidade de maneira integral

§2º - A viúva inscrita como dependente no Plano de Associados antes do falecimento do associado pode inscrever filho(s) como novos dependentes, desde que oriundos de gravidez iniciada antes do estado de viuvez. Neste caso a inscrição deve ser solicitada e homologada pelo Serpro.

§3º - Não será permitida a inscrição de novos dependentes no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA por beneficiário titular na condição de ex-empregado, aposentado, quando tais dependentes não tenham sido regularmente inscritos no plano até a data do encerramento do vínculo empregatício com o patrocinador.

## **CAPÍTULO IV – INSCRIÇÃO E DOCUMENTAÇÃO**

Art. 8º - A inscrição de beneficiários no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA será efetuada pelo(a) titular ou representante legal mediante prévio preenchimento e assinatura de formulário de adesão sendo necessária a apresentação de documentos comprobatórios à área responsável pela gestão do plano.

§1º - Quando o casal (cônjuges ou companheiros(as) for empregado do SERPRO, ambos serão considerados titulares, porém somente um dos dois terá direito ao cadastramento de dependentes, comprovada a dependência econômica.

§2º - É de exclusiva responsabilidade do(a) titular comunicar, de imediato, à área responsável pela gestão do plano, qualquer alteração, atualização ou correção de dados cadastrais próprios ou de seus dependentes, bem como fatos jurídicos que determinem a perda de condição de dependente, sob as penas da lei.

§3º - A alteração de plano no âmbito do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA poderá ser solicitada pelo beneficiário a qualquer tempo, observadas as seguintes condições:

I – Após a adesão ao plano, o beneficiário deverá cumprir carência mínima de 12 (doze) meses para solicitar a primeira alteração de plano.

II – Decorrido o período inicial de 12 (doze) meses, novas solicitações de alteração poderão ser realizadas respeitado o intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre cada solicitação.

III – A alteração solicitada produzirá efeitos a partir do mês subsequente ao da solicitação, observadas as regras administrativas e de processamento do plano.

IV – Eventuais diferenças de contribuição decorrentes da alteração de plano passarão a ser aplicadas a partir da data de efetivação da mudança.

Art. 9º. – São necessários os seguintes documentos para o cadastro de dependentes:

I. Cônjuge:

- a) Certidão de casamento civil;
- b) CPF do(a) cônjuge; e
- c) Documento oficial de identidade do(a) cônjuge;

II. Companheiro(a):

- a) Documento oficial de identidade do companheiro;
- b) CPF do(a) companheiro(a);
- c) Certidão de casamento civil, com averbação da separação judicial ou divórcio, quando um dos companheiros ou ambos já tiverem sido casados;
- d) Declaração de união estável nos termos da legislação em vigor; e
- e) Para o caso de viúvo ou viúva, apresentar certidão de óbito do antigo cônjuge.

III. Filhos ou enteados solteiros menores de 21 (vinte e um anos) de idade:

- a) Certidão de nascimento ou documento oficial de identidade;
- b) CPF; e
- c) Declaração do titular na qual conste que o dependente menor de 21 (vinte e um anos) anos de idade não é emancipado, no ato da inclusão no Plano.

IV. Filhos ou enteados solteiros a partir de 21 (vinte e um anos) de idade e menores de 24 (vinte e quatro anos) de idade, cursando o 3º grau ou equivalente:

- a) Documento oficial de identidade;
- b) CPF; e

c) Declaração atualizada do estabelecimento de ensino em que o dependente ou a dependente possui matrícula em curso regular, naquele semestre.

V. Filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho:

- a) Certidão de nascimento ou documento oficial de identidade;
- b) CPF do filho ou enteado;
- c) Declaração firmada pelo médico assistente e validado pela Operadora ou por terceiro que designar; e
- d) Declaração de imposto de renda do titular em que conste como seu dependente.

VI. Menor de 18 anos sob guarda judicial, tutela ou curatela em responsabilidade do beneficiário titular:

- a) Certidão de nascimento ou documento oficial de identidade;
- b) CPF do menor;
- c) Em caso da guarda, tutela ou curatela estabelecida judicialmente, cópia da decisão judicial;
- d) Em caso da guarda, tutela ou curatela estabelecida extrajudicialmente, termo de responsabilidade legal; ou,
- e) Documentos de reconhecimento jurídico da relação de parentesco, devidamente válido no âmbito do Direito da Família.

Art. 10. – É assegurada a inclusão:

I. Do recém-nascido, filho natural ou por adoção do(a) beneficiário(a) titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção; e

II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo(a) beneficiário(a) adotante, desde que a inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias após a realização da adoção.

III. Nos primeiros 30 (trinta) dias de vida, o menor poderá utilizar a cobertura do Plano na matrícula do(a) beneficiário (as), conforme lhe assegura a regulamentação.

Art. 11 – Das obrigações do(a) titular:

I. Pagar as contribuições mensais e coparticipação em procedimentos, inclusive de seus dependentes;

II. Atender, prontamente, aos prazos para entrega de documentos, prestação de contas, devolução de adiantamento, comparecimento à auditoria e ou perícia médica;

III. Encaminhar recibos, notas fiscais, laudos especializados e receitas em suas vias originais, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento por reembolso;

IV. Atender às solicitações da Operadora referentes às avaliações, exames complementares de diagnósticos, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final e outros documentos pertinentes que forem solicitados; e

V. Declarar e atualizar os seus dados e de seus dependentes.

VI. Atender às solicitações da Operadora de recadastramento de beneficiários, apresentando todos os documentos que se fizerem necessário.

## **CAPÍTULO V – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

Art. 12 – A Operadora será responsável pela cobertura assistencial, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos realizados dentro da área geográfica de abrangência e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada (direta e indireta), independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atualizações.

### **Seção I – Cobertura Ambulatorial**

Art. 13 – A cobertura de segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

- I. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico, de acordo com o estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
- IV. Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- V. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme prescrição médica e análise da DUT aplicável a cada caso, devidamente justificada tecnicamente.
- VI. Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência;
- VII. Ações de planejamento familiar conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
- VIII. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- IX. Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- X. Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- XI. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso

domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características, conforme estabelecido pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações:

- a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;
  - b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- XII. Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
  - XIII. Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
  - XIV. Cobertura de hemoterapia ambulatorial;
  - XV. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;
  - XVI. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

## Seção II – Cobertura Hospitalar

Art. 14 – A segmentação hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, observadas as seguintes exigências:

- I. Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
- II. Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao(a) beneficiário(a) a mesma amplitude de

cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

III. Cobertura de transplantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do(a) beneficiário(a) receptor(a);
- b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
- d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

IV. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

- a) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) Que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido na Resolução Normativa ANS 465/2021 e suas atualizações, respeitando-se a segmentação contratada;

V. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos anexos da Resolução Normativa ANS 465/2021 e suas atualizações;

VI. Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados nos anexos da Resolução Normativa ANS 465/2021, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

VII. Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) Procedimentos radioterápicos;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) Radiologia intervencionista;
- h) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
- i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física.

VIII. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

IX. Ao(a) beneficiário(a) serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade do leito hospitalar (artigo 12, II “a” c/c artigo 33, ambos da Lei 9.656/1998), englobando os seguintes itens:

- a) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, conforme o artigo 12, II, “b”, da Lei 9656/1998;
- b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, conforme o artigo 12, II, “c”, da Lei 9656/1998;
- c) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme o artigo 12, II, “d”, da Lei 9656/1998;
- d) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, conforme o artigo 12, II, “e”, da Lei 9656/1998;
- e) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento, em território brasileiro, conforme o artigo 12, II, “e”, da Lei 9656/1998;
- f) 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, nos termos do artigo 12, II, “f”, da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 (Estatuto do Idoso);

g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

h) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento;

i) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10.223/2001);

j) Procedimentos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar; órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar, conforme artigo 22, VIII, da RN 465/2021 e suas atualizações;

k) Transplantes listados de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, previstos na Resolução Normativa ANS 428/2017, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos e manutenção, conforme RN 465/2021 e suas atualizações. Os candidatos a transplantes deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

X. Nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, esclarecendo-se que essa se dará a critério do médico assistente.

XI. As internações serão processadas mediante expedição de guia de autorização pela Operadora excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverão ser observadas as regras específicas prevista neste Regulamento.

### Seção III – Saúde Mental

XII. Ao (a) beneficiário(a) do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

XIII. Entende-se portador de transtorno psiquiátrico identificado o(a) beneficiário(a) que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação) em situação instável, do ponto de vista clínico, e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional e codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

§1º. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

§2º. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão cobertos pelo Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA;

§ 3º. O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte e de danos físicos para próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

§ 4º. A psicoterapia de crise, entendida como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental com duração de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e suas atualizações.

§ 5º. Entende-se por internação em hospital-dia (12 horas) para transtornos mentais o recurso intermediário entre a internação hospitalar e o ambulatório. A cobertura é garantida quando diagnosticada pelo médico assistente patologias psíquicas com cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento.

§ 6º. A cobertura oferecida pelo Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA é aquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a segmentação contratada, editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, para procedimento psiquiátrico, que requeira internação hospitalar, com cobertura integral, observadas as seguintes condições:

- I) Quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, a cada período de 1 (um) ano de inscrição no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, será cobrada coparticipação, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 20%, tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico efetivamente pago;
- II) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes; e
- III) A cobertura para psicoterapia, prevista pelo Plano de saúde e obrigatória nos moldes previstos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações.

#### Seção IV – Obstetrícia

XIV. Compreende toda a cobertura definida na segmentação hospitalar deste Regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e pós-parto, garantindo o pagamento de despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) Pré-parto;
- b) Parto; e
- c) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

XV. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo(a) titular.

XVI. Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do(a) beneficiário(a), como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

XVII. Para fins de cobertura do parto normal, o procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetrix habilitados, conforme legislação vigente.

## **CAPÍTULO VI – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Art. 15 – Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98 e as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, estão excluídos da cobertura do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da Operadora sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II. Atendimentos prestados antes do início da vigência, respeitadas as demais condições deste Regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas e ou não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aqueles que fazem uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;

IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

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

VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

- VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações;
- IX. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- X. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial e dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações;
- XI. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- XII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- XIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XIV. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XV. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XVI. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações;
- XVIII. Aparelhos ortopédicos considerados dispositivos que ajudam a corrigir problemas de desenvolvimento ósseo e musculoesquelético;
- XIX. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XX. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA;

- XXI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXII. Despesas relativas à acompanhante, ressalvados os casos relativos à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
- XXIII. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente Regulamento;
- XXIV. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXV. Avaliação pedagógica;
- XXVI. Orientações vocacionais;
- XXVII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXVIII. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, salvo critérios específicos trazidos nas Disposições Gerais de Atenção Domiciliar;
- XXIX. Remoção domiciliar;
- XXX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineral grama do cabelo;
- XXXI. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXII. Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular);
- XXXIII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXIV. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXV. Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXVI. Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações;
- XXXVII. Transplantes ósseos;
- XXXVIII. Enxertos ósseos, biomateriais;
- XXXIX. Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;

- XL. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XLI. Serviços em odontologia;
- XLII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais; e
- XLIII. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, a exclusão de:
  - a) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
  - b) Quimioterapia oncológica intratecal ou que demande internação; e
  - c) Embolizações.

## **CAPÍTULO VII – CARÊNCIAS**

Art. 16 – Não será exigido o cumprimento de períodos de carência para a garantia das coberturas previstas neste Regulamento aos beneficiários regularmente inscritos no prazo de 30 (trinta) dias, contados do ingresso do(a) beneficiário(a) titular no quadro de pessoal do SERPRO.

§1º – Caso a Operadora venha permitir o ingresso de beneficiários fora do prazo contemplado neste artigo, os novos inscritos poderão sujeitar-se aos seguintes períodos de carência:

- I) 24h (vinte e quatro horas) para urgência e ou emergência;
- II) 30 (trinta) dias para consultas e exames de baixa complexidade;
- III) 60 (sessenta) dias para exames de alta complexidade;
- IV) 300 (trezentos) dias para partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional; e
- V) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

§2º - O Beneficiário previsto no inciso I do artigo 5º que optar por se desligar do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, poderá retornar à condição de novo beneficiário somente após 90 dias da data que efetivou o cancelamento, com observância aos limites de carência definidos no Capítulo VII.

## **CAPÍTULO VIII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

Art. 17 – Não será aplicada cobertura parcial temporária ou agravo no caso de doenças e lesões preexistentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste Regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do ingresso do(a) beneficiário(a) titular no quadro de pessoal do SERPRO.

§1º – Os novos inscritos que não exercerem a opção de ingresso no prazo de 30 (trinta) dias, previsto no caput, bem como seus dependentes indiretos não patrocinados, poderão ser submetidos ao preenchimento de Formulário de Declaração de Saúde, no qual deverão informar eventuais doenças ou lesões preexistentes conhecidas à época da inscrição. A omissão ou falsidade nessa declaração caracterizará fraude, sujeitando o beneficiário às sanções cabíveis, inclusive suspensão ou exclusão do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/98.

§2º - Juntamente ao Formulário de Declaração de Saúde, será entregue ao beneficiário, a Carta de Orientação.

§3º - O(a) beneficiário(a) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o beneficiário.

§4º - Caso o(a) beneficiário(a) opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§5º - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o(a) beneficiário(a) para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o(a) beneficiário(a) saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§6º - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no(a) beneficiário(a) pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

§7º - Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o(a) beneficiário(a) ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento do pedido de inscrição ao Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA.

§8º - Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Operadora oferecerá cobertura parcial temporária.

§9º - A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

§10º – A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

§11º – As doenças ou lesões pré-existentes poderão ser identificadas pela Operadora por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e ou através de exames médicos de avaliação exigidos para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

§12º - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia no portal eletrônico da Operadora, fazendo parte integrante deste Regulamento.

§13º – Exercendo prerrogativa legal, a Operadora não optará pelo fornecimento do Agravo.

§14º – Identificado indício de fraude por parte do(a) beneficiário(a) referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Operadora comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao(a) beneficiário(a) por meio de Termo de Comunicação ao(a) beneficiário(a) e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do(a) beneficiário(a) à cobertura parcial temporária.

§15º – Instaurado o processo administrativo na ANS, à Operadora caberá o ônus da prova.

§16º – A Operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do(a) beneficiário(a) sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§17º – A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§18º – Se solicitado pela ANS, o(a) beneficiário(a) deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§19º – Após julgamento, e acolhida a alegação da Operadora, pela ANS, o(a) beneficiário(a) passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão pré-existente, pela Operadora, bem como será excluído do Plano.

§20º – Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

## **CAPÍTULO IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

### **Seção I - Do Atendimento**

Art. 18 – Considera-se:

- I. Urgência: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.
- II. Emergência: evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 19 – Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência observando-se que:

- I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24h (vinte e quatro horas) da adesão do(a) beneficiário(a) ao Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA;
- II. Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III. Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação;
- IV. Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V. Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

VI. Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

## Seção II - Da Remoção

Art. 20 – Estará garantida a remoção intra-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor:

I. Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da Operadora, 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;

II. Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do(a) beneficiário(a) estar cumprindo período de carência para internação.

a) Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

III. Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

a) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de vida, o(a) beneficiário(a) e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus;

b) Caberá à Operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

c) Na remoção, a Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua

responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade do SUS, a Operadora estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## **CAPÍTULO X – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES - REEMBOLSO**

Art. 21 – Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo(a) beneficiário(a) com a assistência à saúde prevista no presente Regulamento, em função de atendimentos eletivos ou de urgência e ou emergência, já realizados, dentro do território nacional.

§1º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores de remuneração praticados pela Operadora, que não será inferior ao valor praticado pela mesma junto à rede de credenciados do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, conforme tabela e regras de valoração disponíveis no portal.

§2º - Os reembolsos aprovados serão pagos ao titular na folha de pagamento do SERPRO do mês subsequente, ou em depósito bancário no prazo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, completa e correta.

§3º - O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, tratamentos seriados, exames complementares de diagnóstico e medicamentos, devem ser requeridos à Operadora, com toda a documentação referente ao serviço prestado e prova de pagamento, observados os prazos e procedimentos administrativos disponíveis no portal.

§4º - Os recibos eletrônicos, notas fiscais, cupons fiscais, laudos especializados e receitas devem ser apresentados em suas vias originais, podendo ser em formato natodigital ou digitalizado. Qualquer documentação médica emitida em idioma que não seja o português deve ser acompanhada de tradução juramentada. Os documentos anteriormente citados trata-se do mínimo necessário às solicitações de reembolso. A critério da Operadora, documentos complementares poderão ser solicitados.

§5º - O titular do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA terá o prazo de 90 (noventa) dias para solicitar o reembolso, a partir da data de emissão do documento fiscal. Em caso de necessidade de apresentação de documentação complementar, definida pela análise técnica do plano de saúde, o titular terá o prazo de 60 (sessenta) dias, contados da devolução formal, para reapresentação da solicitação de reembolso.

§6º - A Operadora reembolsará, integralmente, as despesas com tratamento de assistência à saúde até os valores constantes em sua Tabela de Remuneração de Serviços e Procedimentos, devidamente disponibilizada no portal da Operadora.

§7º – O reembolso das despesas pagas diretamente pelo(a) beneficiário(a) ao prestador, em qualquer caso, somente será efetuado quando relacionado às coberturas e procedimentos garantidos por este Regulamento.

§8º – Quando o(a) beneficiário(a) fizer jus ao reembolso também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

§9º –O reajuste dos valores de reembolso será efetuado com base em estudos socioeconômicos aplicáveis e regras administrativas aplicadas à operadora, após aprovação do dirigente detentor da alçada no SERPRO.

§10º – Mais detalhamentos e informações instrutivas sobre os canais e procedimentos de solicitação de reembolso serão disponibilizados no portal eletrônico do plano de saúde, sem prejuízo de manifestações formais pela equipe responsável pela análise técnica.

## **CAPÍTULO XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

### **Seção I - Carteira de identificação**

Art. 22 – A Operadora fornecerá aos beneficiários carteira de identificação individual digital cuja apresentação, acompanhada de documento oficial de identidade com foto, legalmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, podendo-se adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos beneficiários.

Parágrafo único - Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais poderá ser exigido documento oficial de identidade pessoal, com foto, do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica na não obrigatoriedade de atendimento por parte do prestador de serviço, sem autorização por parte da Operadora.

### **Seção II - Modalidades de utilização**

Art. 23 – A Operadora disponibilizará duas modalidades de oferta de assistência à saúde: Rede credenciada (direta e indireta) e Livre Escolha, a critério do(a) beneficiário(a).

Art. 24 – Na prestação de serviços do tipo convênio (contratação direta ou indireta de prestadores de serviços), o(a) beneficiário(a) ou o seu responsável deverá assinar guia de atendimento, sendo de responsabilidade do contratado a discriminação dos serviços prestados.

Parágrafo único - O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada deverão apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

Art. 25 – O atendimento, por meio do sistema de Credenciamento, será prestado aos beneficiários do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA por meio de rede credenciada direta e indiretamente pela Operadora.

§1º - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§2º - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal eletrônico da Operadora na Internet. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis na Internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º - A Operadora reserva-se ao direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998:

I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao(a) beneficiário(a) e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

II. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

III. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária comunicação prévia à ANS.

### Seção III - Auditoria Prévia

Art. 26 – Necessitam de auditoria e/ou perícia médica do auditor médico vinculado à Operadora os seguintes procedimentos:

- I. Ressonância magnética;
- II. Tomografia computadorizada;
- III. Cintilografia eletiva;
- IV. Tratamentos dermatológicos;
- V. Internações;
- VI. Monitoração de epilepsia;
- VII. Atendimentos Domiciliares;
- VIII. Procedimentos eletivos que utilizam centro cirúrgico;
- IX. Polissonografias eletivas;
- X. Hemodinâmica;
- XI. Hemodiálise;
- XII. Sessões subsequentes às 10 (dez) primeiras sessões de Acupuntura;
- XIII. Hidroterapia;
- XIV. Reeducação Postural Global;
- XV. Tratamentos seriados;
- XVI. Oxigenioterapia hiperbárica;
- XVII. Fisioterapia bucomaxilofacial;
- XVIII. Aquisição de aparelhos de Órtese, Prótese e Materiais especiais;
- XIX. DIU e implante de dispositivo intrauterino;
- XX. Procedimentos quimioterápicos, hormonioterapia, radioterápicos e pulso terapia;
- XXI. Procedimentos que necessitem de suporte anestésico;
- XXII. Painel de hibridização molecular;
- XXIII. Procedimentos que possuam Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS e suas atualizações;
- XXIV. Remoção eletiva;
- XXV. Demais terapias.

§1º - Quando o procedimento envolver utilização de materiais especiais, órteses, próteses e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Auditoria e ou Perícia Médica da Operadora laudo médico e com a justificativa da indicação, oferecendo pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, com antecedência de 5 (cinco) dias úteis.

§2º - Quando não houver as 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes conforme § 1º, deverá ser apresentada justificativa ou carta de exclusividade.

§3º - Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar conjuntamente ao prestador do atendimento a autorização de que trata este Regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo prestador e o Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA não se responsabilizar por quaisquer despesas.

§4º - Cirurgia e internação hospitalar emergencial deverão ser comunicadas à Operadora até 02 (dois) dias úteis da ocorrência, e deverá ser apresentado o Laudo Médico.

§5º - Serão efetuadas auditorias médicas prévia e final, conforme normas estabelecidas pela Operadora.

§6º - A concessão de autorização prévia será garantida ao(a) beneficiário(a) o atendimento nos prazos previstos na legislação vigente, contados da data da solicitação formal, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência, nos termos deste Regulamento.

§7º - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico vinculado à Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

#### Seção IV - Atendimento

Art. 27 – A Operadora poderá solicitar encaminhamentos, laudos, pareceres, documentos adicionais ou realizar auditorias, a qualquer momento, para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados, observados os prazos e procedimentos administrativos disponíveis no portal.

#### Subseção I - Psicologia e fonoaudiologia

Art. 28 – Tratamentos psicoterápicos *biofeedback*, psicopedagogia e fonoaudiologia deverão ser descritos com prazo previsto de duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o diagnóstico para autorização prévia por parte da área de regulação e auditoria médica da Operadora.

Parágrafo único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, será necessário encaminhar nova solicitação acompanhado de laudo especializado contendo o diagnóstico para nova autorização.

### Subseção II - Acupuntura e Fisioterapia

Art. 29 – Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia será necessária solicitação médica.

§1º - A partir da 11ª sessão de acupuntura será necessária a autorização prévia da auditoria médica da Operadora.

§2º - Para fisioterapia bucomaxilofacial será necessária solicitação pelo cirurgião-dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e ou perícia odontológica.

### Subseção III - Terapia Ocupacional

Art. 30 - Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica ou fisioterápica da Operadora.

Parágrafo único - Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado contendo CID, para nova autorização.

## CAPÍTULO XII – COPARTICIPAÇÕES

Art. 31 – Entende-se por coparticipação e franquia a parte efetivamente paga pelo (a) beneficiário (a) titular à Operadora, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos (valores em reais) ou em percentuais.

§1º - Além da contribuição mensal devida pelo(a) beneficiário(a) titular, será cobrada coparticipação, na utilização dos procedimentos a seguir relacionados:

- I. Consultas: 20% (vinte por cento);
- II. Exames simples: 10% (dez por cento);
- III. Terapias simples: 5% (cinco por cento);

§2º - Os valores de coparticipação que ultrapassem a margem consignável da folha poderão ser cobrados por boleto de cobrança bancária.

§3º - Podem ser consultados no portal do Pas Serpro, através do link <https://passerpro.impactomedica.com.br/>, os procedimentos conforme sua classificação para fins de cobertura e coparticipação, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

§4º - A lista de procedimentos descrita no portal do Pas Serpro é de natureza meramente exemplificativa. O presente rol será automaticamente atualizado, substituído ou ampliado, sempre que houver novas Resoluções Normativas ou diretrizes publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), passando a vigor imediatamente as novas regras e classificações para fins de cobertura e coparticipação.

## **CAPÍTULO XIII – FORMAÇÃO DO PREÇO E PATROCÍNIO**

Art. 32 – O Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA será custeado de forma compartilhada entre o SERPRO e os beneficiários titulares ativos.

§1º O SERPRO arcará com um percentual do valor da mensalidade exclusivamente para os empregados com vínculo funcional ativo que estejam na condição de beneficiários titulares, incluindo a cobertura de seus dependentes diretos, conforme abaixo:

- I) Cônjuge ou companheiro(a) de união estável.
- II) Filhos ou enteados, menores de 21 (vinte e um anos) de idade; e
- III) Filhos ou enteados, a partir de 21 (vinte e um anos) de idade e menores de 24 (vinte e quatro anos) de idade, cursando o 3º grau ou equivalente;
- IV) Menor de 18 anos sob guarda judicial, tutela ou maior sob curatela em responsabilidade do beneficiário titular;
- V) Filhos ou enteados, maiores de 21 (vinte e um anos) de idade, incapacitados permanentemente para o trabalho.

§2º A contribuição mensal dos beneficiários será calculada com base nas faixas etárias definidas pela ANS, aplicando-se os critérios de formação de preço pré-estabelecido.

§3º A definição dos percentuais de patrocínio do SERPRO será regulamentada em instrumento próprio e divulgada aos beneficiários de forma transparente.

Art. 33 - Os ex-empregados, aposentados, pensionistas e demais categorias previstas neste regulamento não farão jus ao patrocínio empresarial, sendo responsáveis pela integralidade de suas mensalidades e participações.

Art. 34 – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos neste contrato coletivo e aqueles a este já vinculados.

Art. 35 – As contribuições a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, e eventuais participações previstas neste Regulamento serão descontadas em folha de pagamento dos beneficiários titulares pelo SERPRO.

Parágrafo único - O beneficiário titular que não fizer parte da folha de pagamento do SERPRO, as obrigações financeiras relativas ao custeio do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA deverão ser quitadas conforme meio de cobrança dotado pela Operadora. Em caso de inadimplência, os beneficiários titulares estarão sujeitos a juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito corrigido pela variação do INPC ou outro índice oficial que vier a substituí-lo.

## **CAPÍTULO XIV – REAJUSTE**

Art. 36 – O reajuste das mensalidades será aplicado anualmente na data de aniversário de vigência do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, independentemente da data de ingresso do beneficiário (data base única), com fulcro em estudo atuarial e demais fatores socioeconômicos aplicáveis e regras administrativas aplicadas à operadora.

Art. 37 – Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para as categorias.

Art. 38 – Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, o reajuste será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

Art. 39 – O reajuste por sinistralidade poderá ser aplicado de forma complementar ao reajuste das mensalidades.

Art. 40 – Anualmente será efetuada avaliação do custeio do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, que poderá indicar a necessidade de revisão das coberturas previstas ou da forma de custeio, inclusive com a aplicação de reajustes técnico-atuariais nos valores das contribuições e percentuais e valores das coparticipações, a serem aplicados na data anual de aniversário.

## **CAPÍTULO XV – FAIXAS ETÁRIAS**

Art. 41 - O Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA adota seguintes faixas etárias:

- I - Zero a dezoito anos;
- II - Dezenove a vinte e três anos;
- III - Vinte e quatro a vinte e oito anos;
- IV - Vinte e nove a trinta e três anos;
- V - Trinta e quatro a trinta e oito anos;
- VI - Trinta e nove a quarenta e três anos;
- VII - Quarenta e quatro a quarenta e oito anos;
- VIII - Quarenta e nove a cinquenta e três anos;
- IX - Cinquenta e quatro a cinquenta e oito anos;
- X - Cinquenta e nove anos ou mais.

Art. 42 – A contraprestação pecuniária de responsabilidade dos beneficiários será definida com base em Nota Técnica de Registro de Produto, observadas as seguintes disposições:

- I. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente;
- II. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual;
- III. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:
  - a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderão ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;

c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

IV - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso – Lei 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao(a) beneficiário(a) com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste Regulamento.

## **CAPÍTULO XVI – REGRAS PARA MANUTENÇÃO DE EX-EMPREGADOS, APOSENTADOS OU DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA**

### **Seção I – Demitido sem justa causa, nos termos da legislação vigente**

Art. 43 – Ao(a) beneficiário(a) titular que contribuir para o custeio do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, em decorrência de vínculo empregatício com o SERPRO, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, exceto a demissão por justa causa, será assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com a Operadora, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal prevista para o plano coletivo, sem patrocínio.

§1º - O empregado desligado do SERPRO, exceto aquele desligado por justa causa, deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da Operadora, formalizada no ato da rescisão contratual ou exoneração.

§2º - A manutenção da condição de beneficiário será garantida pelo período equivalente a 1/3 do tempo de contribuição, respeitados os limites de no mínimo de 6 meses e no máximo 24 meses.

§3º - Caso opte pela manutenção da condição de beneficiário, deverá assumir o valor integral (parte da empresa + empregado).

§4º - Dependentes podem ser mantidos, desde que já incluídos na vigência do contrato de trabalho.

### **Seção II - Aposentado**

Art. 44 – Ao(a) beneficiário(a) titular que se aposentar e que tiver contribuído para o Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, em decorrência de vínculo empregatício com o SERPRO, será assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo com o SERPRO, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal prevista para o plano coletivo, sem patrocínio.

§1º - O aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do SERPRO, formalizada no ato da rescisão contratual.

§2º - O período de manutenção da condição de beneficiário será garantido por prazo indeterminado se o aposentado houver contribuído por de 10 anos ou mais.

§3º - Se o aposentado tiver menos de 10 anos de contribuição, poderá manter a qualidade de beneficiário pelo período equivalente ao tempo que contribuiu.

§4º - Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando no SERPRO, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, será garantida a permanência dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam integralmente o custeio das obrigações financeiras.

### Seção III - Disposições comuns

Art. 45 – O Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA destina-se, exclusivamente, aos beneficiários titulares (empregados ativos e inativos) e seus respectivos dependentes, nos termos deste regulamento.

§1º - Será garantido ao ex-empregado e seus dependentes, em caso de interesse, a inscrição em outro plano coletivo desta operadora, sem patrocínio, para continuidade da assistência à saúde.

§2º - O Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA será custeado com base em valores de contribuição mensal distribuídos por faixa etária, conforme Nota Técnica de Registro de Produto.

§3º - O direito de inscrição em plano coletivo sem patrocínio, garantido nesta sessão, será assegurado ainda que o(a) beneficiário(a) não esteja contribuindo para o Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, no momento da aposentadoria ou desligamento, exceto os casos de demissão por justa causa, desde que, em algum momento, tenham contribuído para o custeio do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, observados os critérios de tempo de contribuição e de permanência.

§4º - A manutenção da condição de beneficiário poderá ser exercida individualmente pelo(a) titular ou estendida também ao seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do(a) próprio(a) titular.

§5º - Em caso de óbito do ex-empregado ou aposentado, em exercício do direito de manutenção, será garantida a permanência no plano coletivo sem patrocínio dos dependentes e grupo familiar, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

§6º - As garantias previstas neste artigo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§7º - O titular que não contribuir para quaisquer um dos planos oferecidos pela operadora, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à continuidade da assistência à saúde, após a perda deste vínculo.

§8º - Não será considerada contribuição a coparticipação do(a) beneficiário(a), única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e ou hospitalar.

Art. 46 – Por se tratar de entidade de autogestão, não será oferecido o tipo de contratação individual ou familiar.

## **CAPÍTULO XVII – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

Art. 47 – Caberá à Operadora a exclusão de beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

I - Inadimplência de, no mínimo, duas mensalidades não pagas consecutivas ou não, desde que notificados até o quinquagésimo dia de inadimplência, nos termos da legislação vigente;

II - Perda da condição de elegibilidade;

III - A pedido;

IV - Falecimento;

V - Demissão por justa causa;

VI - Perda da qualidade de dependente, no caso do(a) beneficiário(a) deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste Regulamento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção, na qualidade de dependente; e

VII - Fraude ou tentativa de fraude, devidamente comprovadas.

§1º. - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do dependente deverá ser comunicada pelo(a) beneficiário(a) titular à Operadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

§2 - As despesas realizadas pelo beneficiário(a) titular ou seus dependentes, que tenham perdido condição de elegibilidade poderão ser reembolsadas desde que a prestação de serviços correspondente tenha ocorrido, no máximo, até o dia anterior à data de perda da referida condição, observados os prazos e procedimentos administrativos disponíveis no portal.

Art. 48 – A exclusão do(a) beneficiário(a) titular implicará na automática exclusão de todos os seus dependentes, exceto no caso de falecimento.

Art. 49 – No caso de rescisão contratual com o SERPRO, e cumpridos os procedimentos do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA realizados pelo beneficiário, este terá direito ao reembolso das despesas com coberturas assistenciais realizadas até o último dia trabalhado.

Parágrafo único - As despesas referentes à participação do titular nos serviços faturados pela Operadora deverão ser quitadas na rescisão contratual ou por meio de cobrança administrativa ou judicial.

Art. 50 – Na hipótese de falecimento do titular será assegurado aos dependentes, devidamente cadastrados no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA, no momento do óbito, o direito à transferência a outro plano coletivo sem patrocinador para continuidade da assistência à saúde de permanência, mediante contribuição mensal e participação em procedimentos, observadas as condições do Regulamento.

Art. 51 – A exclusão, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o(a) beneficiário(a) de quitar eventuais débitos com a Operadora, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

Art. 52 - A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios:

I - Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura;

II - Mensagem de texto para telefones celulares (SMS), com confirmação de ciência;

III - Mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas, com confirmação de ciência;

IV - Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;

V - Carta, com aviso de recebimento (ar) dos correios, não sendo necessária a assinatura do beneficiário (da pessoa natural a ser notificada); ou

VI - Preposto da Operadora, com comprovante de recebimento assinado pelo beneficiário(a).

## **CAPÍTULO XVIII – TRATAMENTO, PROTEÇÃO, COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS**

Art. 53 – A coleta de dados pessoais e dados pessoais sensíveis serão utilizados sob forma de tratamento conforme prevê a Lei 13.709/2018 cuja finalidade é oferecer serviços de assistência à saúde suplementar, responder demandas dos órgãos reguladores, demandas judiciais, atender solicitações da Agência Nacional de Proteção de Dados - ANPD, e a pedido da Ouvidoria do SERPRO, bem como para atender serviços de auditoria externa.

## **CAPÍTULO XIX – DA EXTINÇÃO**

Art. 54 - O encerramento da operação do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA dar-se-á de acordo com as condições estabelecidas pelo SERPRO, com base na legislação vigente, estudos socioeconômicos aplicáveis, regulamentos e análises contábeis e financeiras, regras administrativas aplicadas à operadora e outros aos quais esteja sujeito.

## **CAPÍTULO XX – DISPOSIÇÕES GERAIS**

### **Seção I - Penalidades**

Art. 55 – O descumprimento dos termos deste Regulamento sujeitará o(a) beneficiário(a) infrator(a) às penalidades previstas nos normativos internos do SERPRO, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Art. 56 – A utilização indevida do Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA pelo(a) beneficiário(a) sujeitará o titular às penalidades previstas nas normas internas no SERPRO além dos valores pagos indiretamente aos conveniados, bem como dos valores reembolsados ou adiantados ao titular.

## Seção II - Disposições Finais

Art. 57 – Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

Art. 58 – Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado neste Regulamento.

Art. 59 – Nenhuma responsabilidade caberá à Operadora por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do(a) beneficiário(a) titular, e de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do beneficiário.

Art. 60 – A Operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 61 – Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da Operadora fornecerão informações complementares a este Regulamento.

Art. 62 – Para ex-beneficiários que solicitaram exclusão a partir de 01 de dezembro de 2022, será concedido o reingresso no Plano PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA pelo prazo de 6 meses, contados da data de implantação do novo plano, sem o cumprimento da carência.

§ - A proposição anterior também se aplica a ex-empregados beneficiários titulares, podendo também ingressar seus dependentes conforme regra deste regulamento.

Art. 63 – Caso o titular registrado no PAS-SERPRO-ESSENCIAL-FAMÍLIA deseje optar por outro plano com cobertura diversa, não haverá necessidade cumprimento de carência.

Art. 64 – Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão examinados e decididos pela Superintendência responsável pela gestão do plano, cabendo recurso à Diretoria da Operadora.

Art. 65 – O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de (após o registro na ANS).

Art. 66 – Fica eleito o foro do domicílio do(a) beneficiário(a) titular para dirimir eventuais controvérsias resultantes de interpretação ou execução deste Regulamento.

Art.67 - Compõe este Regulamento o Anexo-1 com o glossário dos principais termos.