

I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Caixa de Assistência dos Funcionários da Energisa Sergipe - CAGIPE, com sede na Rua Engenheiro Marcondes Ferraz 180 – Grageru - Aracaju SE – CEP 49.041-090, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 32.894.974/0001-52 e registrada na ANS sob o nº 370321, com recursos captados de seus associados e patrocinadores, em regime mutualista está classificada e atua sob o regime de autogestão patrocinada, sem finalidade lucrativa e sem mantenedor.

II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Na proposta de adesão constam os dados relativos a: Nome, filiação, data de nascimento, CPF, documento de identidade, local de residência incluindo bairro, cidade e CEP, do titular e todos os seus dependentes inscritos, sendo de preenchimento obrigatório o CPF e nome da genitora.

III - OBJETO DO CONTRATO

A CAGIPE tem por finalidade prestar de forma continuada assistência à saúde dos seus associados, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde sem qualquer limitação financeira, a assistência médica hospitalar a todos os seus beneficiários, regularmente inscritos no Plano CAGIPE/PREVMED, que se compõe dos empregados da ENERGISA SERGIPE, empregados do INERGUS, empregados da CAGIPE, aposentados e pensionistas em gozo de benefício do INERGUS e seu respectivo grupo familiar, limitado ao 3º grau de parentesco consanguíneo ou afim.

Trata-se de cobertura de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado. A assistência prevista neste artigo deverá ser prestada em conformidade com o Rol de Procedimento editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, cuja cobertura deverá atingir a todas as doenças previstas no CID 10 - Código Internacional de Doenças conforme a previsão legal disposta no art. 1º, inciso I da Lei 9.656/98.

IV - NATUREZA DO CONTRATO

Trata-se de um regulamento que traça diretrizes do plano de assistência à saúde, com característica de contratação coletiva por adesão.

V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome do Plano: CAGIPE/PREVMED, Nº de registro na ANS: XXXXXXXXXX

VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO

Coletivo por adesão.

VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

A abrangência geográfica de cobertura do Plano é Estadual. Do Estado de Sergipe.

IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Acomodação individual (apartamento/quarto). Quarto privativo, sendo garantido ao associado, no caso de indisponibilidade de acomodação em quarto privativo a acomodação em nível superior sem ônus adicional.

X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. A filiação ao Plano Associado se dará mediante regular e prévia inscrição na CAGIPE, constituindo direito privado das seguintes pessoas:

- a) Empregados da ENERGISA SERGIPE.
- b) Empregados do INERGUS.
- c) Empregados da CAGIPE.

2. Aos Associados devidamente inscritos na CAGIPE, filiados ao Plano de Assistência Médica, que perderem a condição de empregados da ENERGISA SERGIPE, INERGUS e CAGIPE por rescisão sem justa causa, será garantida a manutenção da condição de beneficiário desde que assumam a integralidade do custeio das contribuições devidas em razão do Plano a que estejam vinculados, observando-se, ainda, os prazos e condições previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e a legislação subalterna em vigor.

3. Não serão contemplados com a manutenção de vínculo prevista no sub-item 2, acima, os Associados que tiverem rescisão do contrato de trabalho por justa causa.

4. Aos Associados devidamente inscritos na CAGIPE, filiados ao Plano de Assistência, que perderem a condição de empregados da ENERGISA SERGIPE, INERGUS e CAGIPE por aposentadoria, será garantida a manutenção da condição de beneficiário desde que assumam a integralidade do custeio das contribuições devidas em razão do Plano a que estejam vinculados.

5. A qualquer tempo, o associado titular, desde que preenchida e assinada a Proposta de Inscrição, estando em situação regular diante das obrigações financeiras, poderá inscrever na categoria de beneficiário dependente:

- a) Cônjuge.
- b) Filhos solteiros, menores de 18 (dezoito) anos e os inválidos/excepcionais de qualquer idade, mediante comprovação médica.
- c) Filhos solteiros, com idade superior a 18 anos e inferior a 24 anos, que estejam cursando o 3º grau em estabelecimento de ensino superior e que não tenham economia própria, vivendo sob a dependência financeira do Associado.

6. Para fins da assistência assegurada neste Regulamento, equipara-se à condição de cônjuge, o(a) companheiro(a), assim compreendido aquele(a) que satisfaça às exigências da legislação civil em vigor.

7. O(A) Associado(a) não poderá inscrever ou manter como dependente mais de uma pessoa na categoria de cônjuge. Assim, a inscrição de companheiro(a) ou esposo(a) implica, necessariamente, na exclusão do ex-esposo (a) ou ex-companheiro (a), mesmo que, por decisão judicial, fique o Associado obrigado a garantir, em qualquer dos casos, assistência econômica ou à saúde.

8. Ao recém-nascido na vigência do presente Regulamento, filho natural ou adotivo do Associado, será garantida a cobertura assistencial prevista neste Regulamento, durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, sendo vedada qualquer alegação de Doenças e Lesões Pré-existentes - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

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

10. Em caso de inscrição de filhos menores de doze (12) anos de idade, adotados durante a vigência deste Regulamento, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário-adotante.

11. A critério da CAGIPE poderão ser solicitados exames pré-admissionais para adesão dos dependentes, sem prejuízo de que o Associado se mantenha como responsável por todas as declarações apostas na entrevista qualificada, que complementa a Proposta de Inscrição.

XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. As coberturas ambulatoriais, hospitalares e de obstetrícia, abaixo discriminadas estão conforme artigo 12 da Lei nº 9.656/98, observando-se o Rol de Procedimentos constantes da Resolução ANS nº 167 e suas atualizações, compreendendo tratamentos realizados relativos às doenças relacionadas no CID 10, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

CAGIPE/PREVMED

2. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que expressamente indicados na Lista de Credenciados.

3. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

4. Assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não, por equipe especializada, integrante do corpo clínico credenciado pela CAGIPE.

4.1. Assistência ao parto e puerpério efetuadas com atendimentos motivados por gravidez e suas conseqüências: parto, cesariana, aborto involuntário, prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina motivada por interrupção voluntária da gravidez quando assim determinada pelo médico assistente para evitar risco de vida da parturiente.

4.2. Serão cobertas as despesas de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

5. Cobertura de Sessões de fisioterapia, sem limitação e fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e psicomotricidade de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de procedimentos da ANS e suas atualizações, desde que solicitados pelo médico assistente, sendo obrigatória a apresentação de laudo de acompanhamento da evolução do tratamento a cada período de 06 (seis) meses do início do respectivo tratamento.

5.1. As sessões de Psicoterapia poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente, sendo obrigatória a apresentação de laudo de acompanhamento da evolução do tratamento a cada período de 06 (seis) meses do início do respectivo tratamento.

6. Cobertura de consultas e sessões com nutricionista de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de procedimentos da ANS e suas atualizações e conforme indicação do médico assistente.

7. Atendimento caracterizado como de urgência ou de emergência por período de 12 horas.

8. Cobertura de internações em hospitais ou clínicas, básicas ou especializadas, devidamente credenciadas pela CAGIPE e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, para realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos. Vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.

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

10. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, dos serviços gerais de enfermagem e alimentação recomendada pelo médico assistente para o paciente, durante o período de internação hospitalar;
11. Cobertura para medicamentos, gases medicinais, transfusões de sangue, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
12. Cobertura de todas as taxas hospitalares, inclusive instrumental cirúrgico, consoante acordo firmado entre a CAGIPE e a rede credenciada hospitalar;
13. Cobertura de próteses e órteses, ligadas ao ato cirúrgico, com o devido registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
14. Assistência neonatal, compreendendo assistência imediata aos recém-nascidos, no berçário, no centro de terapia intensiva ou similar, durante o período máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento; após esse prazo a assistência continuará a ser prestada, desde que o recém nascido elegível ao plano seja inscrito no prazo de trinta (30) dias, contados da data de nascimento.
15. Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada, exclusivamente, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais, afastadas as de caráter estético;
16. Cirurgias cardíacas e procedimentos hemodinâmicos;
17. Cobertura para o tratamento de transtornos psiquiátricos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde / 10ª Revisão – CID -10.
 - 17.1. Cobertura para o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
 - 17.2. Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para os casos de transtornos psiquiátricos de crise, observada para o caso de necessidade de internação por período superior a co-participação estabelecida no presente regulamento.
 - 17.3. Custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral ou clínica especializada, para os casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar, observada para o caso de necessidade de internação por período superior a co-participação estabelecida no presente regulamento.
 - 17.4. Cobertura para psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração

máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativo.

17.5. Estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

17.6. Custeio de 8 (oito) dias, por ano, não cumuláveis, de tratamento em regime de hospital-dia, observada para o caso de necessidade de internação por período superior a co-participação estabelecida no presente regulamento.

17.7. Custeio de 180 (cento e oitenta) dias, por ano, não cumuláveis, de tratamento em regime hospital-dia, para os diagnósticos de F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID10, observada para o caso de necessidade de internação por período superior a co-participação estabelecida no presente regulamento.

17.8. Cobertura das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

17.9. Cobertura ao tratamento básico, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

18. Cobertura de transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

19. Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS.

20. Os beneficiários, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

21. Cobertura de 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 a internação hospitalar.

22. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, durante o período de internação relacionado com o evento médico.

23. Cobertura de despesas de acompanhante, no caso de crianças ou adolescentes menores de 18 (dezoito) e maiores de 60 (sessenta) anos.

24. Cobertura para as cirurgias plásticas reconstrutiva de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, cirurgias plásticas reparadoras de órgãos e funções que não tenham finalidade estética.

25. Cobertura de cirurgia crânio-maxilo-facial, conforme Resolução CFM/1536/98 e 1659/2003, que alterou a denominação da especialidade médica buco-maxilo-facial.

26. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais realizados e aqueles em que a necessidade é dependente de continuidade de assistência prestada em internação hospitalar:

- a) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- b) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- c) quimioterapia;
- d) radioterapia (incluindo megavoltagem, radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc);
- e) hemoterapia;
- f) nutrição parenteral e enteral;
- g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- h) embolizações e radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e psicomotricidade, na forma da legislação vigente;
- g) hemodinâmica;
- h) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção.

27. A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

28. O tratamento de obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial sendo assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em hospitais e clínicas, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.

29. Todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

30. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência.

31. Cobertura de serviços e apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize internação (art. 12 da Lei 9.656/98, art. 14, II, da RN 167/08 e SN 11/07).

32. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo Conselho de Classe (CRO), 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 ministradas durante o período de internação hospitalar.

33. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos buco-maxilo-facial passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, 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.

XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega 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 a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso *off-label*).

2. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

3. Inseminação artificial: 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.
4. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.
5. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
6. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência).
7. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e 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.
8. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
10. Atendimento médico domiciliar e/ou enfermagem de caráter particular, serviços de *home care* ou afins, seja em hospital ou em residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários.
11. Transplantes de órgãos, exceto córnea e rim.
12. As despesas extraordinárias de contas hospitalares (exemplos: telefonemas, lavagem de roupa, frutas, objetos destruídos ou danificados, refrigerantes, despesas de caráter pessoal ou particular), tanto do beneficiário quanto de seu acompanhante.
13. Sessões, entrevistas, consultas ou tratamentos de psicoterapia de grupo, testes psicotécnicos.
14. Cirurgias destinadas à esterilização ou de microimplantes para reversão de casos de vasectomia e de laqueadura tubária.
15. Exames para Carteira Nacional de Habilitação.

16. Doenças ocupacionais e decorrentes de acidente de trabalho.
17. Exames admissionais, demissionais ou periódicos e os demais ligados e à Medicina Ocupacional.
18. Lentes de óculos, botas ortopédicas, aparelhos auditivos e afins.
19. Exame de DNA para comprovação de teste paternidade ou maternidade.
20. Procedimentos não previstos neste Regulamento e não inseridos na Lista divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

XIII – VIGÊNCIA

1. O Regulamento tem vigência por prazo indeterminado.
2. Inicia-se a partir da assinatura da Ficha de Adesão.

XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

Não haverá cobrança de taxas ou qualquer outro valor inerente ao regulamento.

XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Os associados e seus respectivos dependentes, somente farão jus aos serviços assistenciais especificados neste Regulamento, se observados os seguintes períodos de carência, contados da data da inscrição no Plano:
 - a) Atendimentos de urgência e emergência - 24 (vinte e quatro) horas.
 - b) Consultas médicas e exames clínicos ou laboratoriais de apoio diagnóstico - 90 (noventa) dias.
 - c) Partos – 300 (trezentos) dias para parto a termo;
 - d) Internações hospitalares (exceto para partos), remoção de pacientes (exceto para os casos de urgência e emergência) e demais casos previstos nas coberturas assistenciais asseguradas neste Regulamento - 180 (cento e oitenta) dias.
2. Não se aplicarão os prazos de carência previstos no item anterior aos Associados Titulares recém contratados pela ENERGISA SERGIPE, INERGUS ou CAGIPE, desde que requeiram sua inscrição no Plano no prazo de até 30(trinta) dias contados da data de admissão, não se estendendo aos dependentes.

3. O período de carência começa a contar para o associado titular, caso não opte pela adesão no prazo de 30 (trinta) dias e, para os seus dependentes, a partir do preenchimento da proposta de adesão.

XVI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Não haverá exclusão de cobertura tendo como único fundamento as doenças e lesões preexistentes.

XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. É assegurado o atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 horas contadas da adesão do beneficiário ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, sendo prioritárias as atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção.

2. Considerar-se-á por emergência todos os eventos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados por declaração do médico assistente, e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

3. Quando necessária para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, em período de cumprimento de carência, para a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do associado titular.

4. Em caso de necessidade de assistência médica-hospitalar decorrente da condição gestacional, porém ainda cumprindo período de carência, serão cobertas as despesas efetuadas com a realização de atendimentos caracterizados como de urgência/emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas.

5. Cessadas às 12 horas do atendimento prestado na forma do parágrafo anterior, ou sendo necessária a internação hospitalar antes de esgotado esse prazo, a responsabilidade pelo custeio do atendimento será automaticamente transferida para o Associado titular, que deverá negociar a permanência no mesmo nosocômio ou a transferência para outro pertencente à rede particular ou pública, sendo o traslado para a rede pública garantido pela CAGIPE, nos limites da abrangência geográfica do plano.

6. Havendo necessidade de internação, ainda que em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do Associado titular, não cabendo ônus à CAGIPE.

7. Na hipótese de não existirem hospitais, clínicas ou profissionais credenciados em determinada especialidade, na área geográfica de cobertura prevista neste

Regulamento, a CAGIPE, após prévia análise, efetuará o reembolso das despesas provenientes dos serviços médicos utilizados pelos beneficiários.

8. Nos casos de urgência e emergência, a área geográfica de cobertura assistencial estender-se-á a todo Território Nacional, independente da realização de convênios de reciprocidade mantidos com entidades congêneres, de acordo com o critério de reembolso utilizado pela CAGIPE.

9. A CAGIPE, após a devida análise, promoverá o reembolso julgado cabível com base nos valores e demais limites previstos em sua Tabela de Honorários para os serviços credenciados.

10. A garantia de reembolso é assegurada na forma e dentro das limitações deste Regulamento, aos casos de emergência e urgência, quando da comprovada impossibilidade de utilização dos serviços assistenciais de profissionais ou entidades credenciadas.

11. Para efeito de cálculo do reembolso previsto neste regulamento, não tendo a CAGIPE negociado com sua Rede Credenciada/Referenciada uma Tabela própria, serão adotados como parâmetro as seguintes tabelas:

- a) Honorários médicos – tabela referencial acordada pela UNIDAS/SE.
- b) Despesas hospitalares – tabela consensada junto a cada entidade credenciada.
- c) Medicamentos – revista Brasíndice ou tabela acordada junto à rede credenciada.
- d) Materiais – preço final acertado junto ao fabricante, desde que acordado com a CAGIPE, e apenas quando não constante da revista Brasíndice.

12. A efetivação dos reembolsos previstos nas hipóteses aventadas neste Regulamento será feita diretamente ao associado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da entrega à CAGIPE da solicitação, acompanhada da seguinte documentação:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CAGIPE (Recibos e Notas Fiscais).
- b) Conta analítica (fatura) médico-hospitalar, discriminada e detalhada.
- c) Relatório médico pormenorizado quanto à patologia, traumas ou complicações havidas, bem como os procedimentos adotados.
- d) Declaração do médico assistente, esclarecedora das justificativas do atendimento de urgência e/ou emergência, quando for o caso.

13. Tratando-se de serviço prestado por Pessoa Jurídica, somente será aceita a Nota Fiscal como documento hábil à comprovação das despesas a serem reembolsadas, ou, na hipótese de entidade isenta, a apresentação de Recibo pertinente ao atendimento, acompanhado da comprovação da isenção.

14. Caso a documentação apresentada para reembolso contenha erros ou rasuras que não permitam o cálculo correto dos valores a serem reembolsados, a CAGIPE poderá solicitar, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, outros documentos e/ou informações que se fizerem necessárias para tanto.

15. Na hipótese prevista no parágrafo anterior, observar-se-á para realização do reembolso, novo prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do atendimento das solicitações realizadas pela CAGIPE.

16. Será considerado prescrito o reembolso, se decorrido o prazo de 1 (um) ano em casos de não apresentação de quaisquer documentos necessários para a efetivação do reembolso.

XVIII – REMOÇÃO

1. Fica garantida a remoção de paciente, quando comprovadamente necessária, em ambulância, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, em território brasileiro, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida e continuidade do atendimento.

2. Fica garantida a remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

3. Cobertura de remoção para unidade SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar em cumprimento de carência para internação.

4. Cobertura de remoção para unidade SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, conforme o art. 2º e 7º da Resolução Consu nº 13/98.

5. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente que a do SUS, a CAGIPE estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

6. Quando a remoção não puder ocorrer por risco de vida, o associado titular e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CAGIPE, desse ônus.

XIX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Não se aplica.

XX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

1. Os associados e seus dependentes serão atendidos por profissionais ou entidades médico-hospitalares para este fim credenciados, de sua escolha, mediante a apresentação da carteira de identificação do plano, acompanhada de um documento de identidade, e da guia de autorização, quando for o caso, devidamente autorizada pela CAGIPE para cada caso e evento.
2. Em caso de internamento é assegurado ao associado acomodação em apartamento privativo de hospitais credenciados pela CAGIPE.
3. Fica garantido acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional para o beneficiário, se houver indisponibilidade da acomodação prevista nas entidades hospitalares credenciadas, observado os respectivos contratos firmados com a CAGIPE.
4. Ao ser atendido o associado deverá avaliar e assinar a respectiva fatura dos serviços prestados.
5. Aplicar-se-ão todas as exigências previstas a todos os procedimentos hospitalares.
6. As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, as despesas vinculadas (sala de operações, instrumental cirúrgico, curativos, dentre outros gastos necessários), bem como os tratamentos clínicos e procedimentos especiais previstos neste Regulamento, deverão ser previamente autorizados pela CAGIPE mediante apresentação por parte do associado, de relatório assinado pelo médico assistente, indicativo do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e expectativa de duração.
7. O médico assistente poderá solicitar a prorrogação do tempo de internação, por intermédio de laudo fundamentado.
8. A autorização relativa à solicitação prevista no parágrafo anterior dar-se-á expressamente na correspondente guia, sendo exigida para nova solicitação de prorrogação do tratamento a justificativa técnica do médico assistente em relatório assinado.
9. As solicitações de autorização de internações eletivas, sobretudo aquelas com finalidade terapêutico-cirúrgica, deverão ser analisadas previamente pelo setor de perícia médica da CAGIPE, a quem caberá emissão de parecer técnico.
10. A perícia médica da CAGIPE poderá solicitar ao associado a obtenção, junto ao médico assistente, de maiores subsídios técnicos acerca dos procedimentos requisitados.
A CAGIPE não autorizará a realização de internações na véspera de procedimentos eletivos.
11. As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas à CAGIPE, até o primeiro dia útil subsequente à data da internação, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração do médico assistente, a fim

de que seja emitida a correspondente guia de autorização, sob pena da não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

12. O associado titular responderá integralmente por eventual obrigação financeira contraída por si ou por seus dependentes, perante médicos ou estabelecimentos de saúde, quando:

a) Omitir a sua condição de inscrito na CAGIPE, ou deixar de providenciar junto a CAGIPE a guia de autorização.

b) Utilizar-se de prestadores ou profissionais não credenciados, em localidade onde houver credenciado que preste o serviço especializado necessário, exceto nas situações de urgência e emergência.

13. Após a obtenção da alta hospitalar, todas as despesas decorrentes da permanência do associado no hospital serão de inteira responsabilidade do associado titular.

14. A divulgação da rede contratada de prestadores de serviços da CAGIPE será feita através da emissão e distribuição da Rede Credenciada em publicação impressa e no site da Operadora.

15. Eventual alteração na rede hospitalar contratada pela CAGIPE será comunicada aos beneficiários e à ANS com 30 dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

16. A CAGIPE poderá, também, para fins de redimensionamento de sua rede assistencial, nos termos da Lei N.º 9.656/98, mediante autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, proceder à redução da quantidade de hospitais de sua rede.

16.1. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os associados quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, de acordo com o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98.

16.2. É facultada à operadora a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos associados e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

16.3. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do associado/dependente, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

16.4. Excetuam-se do previsto nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro

estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o associado.

17. A efetiva utilização dos serviços assistenciais assegurados pelo presente Regulamento encontra-se condicionada à participação financeira dos associados e beneficiários dependentes, nos seguintes moldes:

a) Co-participação de 40% (quarenta por cento) incidindo sobre a utilização de todos os procedimentos ambulatoriais, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e psicomotricidade, observando-se o Rol de Procedimentos e os quantitativos constantes da Resolução ANS nº 167 e suas atualizações.

b) Co-participação de 40% (quarenta por cento) incidindo também sobre atendimentos vinculados à psiquiatria após os limites estabelecidos pela legislação;

c) Remoção: o associado deverá assumir a co-participação de 70% (setenta por cento) do custo total, ressalvadas as situações previstas na legislação;

18. A co-participação, assim definida como os valores de responsabilidade do Associado Titular, quer nos casos excepcionais de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, será limitada mensalmente, conforme os sub-itens abaixo, devendo no mês de novembro de cada ano, ser procedida a atualização financeira dos saldos devedores com base na variação do INPC, medido pelo IBGE, a partir do mês de competência da co-participação até o efetivo pagamento.

a) Associados Ativos, empregados da ENERGISA SERGIPE, INERGUS E CAGIPE - até 20% (vinte por cento) do salário base mensal, com limite de prazo de amortização de 18 (dezoito) meses, o que ocorrer primeiro;

b) Associados assistidos pelo INERGUS, assim considerados os aposentados e pensionistas - até 20% (vinte por cento) do total de proventos percebidos do INERGUS e INSS mensal, com limite prazo de amortização de 18 (dezoito) meses, o que ocorrer primeiro.

c) Associados Mantidos, assim considerados aqueles que se mantêm no Plano por força do disposto no sub-item 2 do item X – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO - até 20% (vinte por cento) do valor equivalente ao salário base mensal caso estivesse com contrato de trabalho vigente na ENERGISA SERGIPE, INERGUS E CAGIPE, com limite de prazo de amortização de 18 (dezoito) meses ou o término do período de manutenção, o que ocorrer primeiro, sem prejuízo de possível/eventual negociação entre a CAGIPE e o associado mantido.

19. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver

CAGIPE/PREVMED

restrição aos não pertencentes à rede contratualizada da CAGIPE referenciados/credenciados.

20. Os procedimentos especiais abaixo relacionados deverão ser previamente autorizados pela CAGIPE mediante apresentação por parte do associado, de solicitação assinada pelo médico assistente, indicativo do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e expectativa de duração:

- I - audiometria;
- II – angiocardiografia;
- III – cintilografia;
- IV – cardiocardiografia;
- V - cirurgias ambulatoriais;
- VI - cirurgias refrativas;
- VII - densitometria óssea;
- VIII -diagnose em oftalmologia
- IX – diagnose em otologia;
- X - doppler e doppler fluxometria;
- XI - ductografia;
- XII – ecocardiograma / holter;
- XIII - eletrocardiografia dinâmica;
- XIV – mapa;
- XV – eletroencefalograma prolongado por hora;
- XVI - endoscopias;
- XVII - escleroterapia do aparelho digestivo;
- XVIII – espinometria
- XIX – espirometria;
- XX - esterosalpingografia ou histerosalpingografia;
- XXI - exames anatomopatológicos;
- XXII - exames oftalmológicos;
- XXIII – exames para medição de taxa hormonal, inclusive BHCG;
- XXIV - fisioterapia;
- XXV - fonoaudiologia;
- XVI – histeroscopia diagnóstica e cirúrgica;
- XVII - impedanciometria;
- XVIII - laserterapia;

- XXIX - Litotripsia extracorpórea;
- XXX - mamografia;
- XXXI - mapeamento com tálio ou gálio;
- XXXII - medicina nuclear;
- XXXIII - neurofisiologia clínica;
- XXXIV - neuroradiologia;
- XXXV - pielografia ascendente;
- XXXVI - pneumomielografia
- XXXVII - psicoterapia;
- XXXVIII – prova de função pulmonar;
- XXXIX - psicologia;
- XXVI - psicomotricidade;
- XL - radiografia contrastada;
- XLI - reabilitação cardiovascular;
- XLII – retossigmoidoscopia;
- XLIII – retroperitoneoscopia;
- XLIV - ressonância magnética;
- XLV - scanduplex;
- XLVI – termografia;
- XLVII - teste alérgico;
- XLVIII - teste ergométrico;
- XLIX - tomografia computadorizada;
- L - tratamento dermatológico;
- LI - ultra-sonografia;
- LII - urodinâmica completa;
- LIII - uretrocistografia;
- LIV – urografia excretora;
- LV – outros exames, por decisão da Diretoria Executiva da CAGIPE, após estudo técnico que justifique a inclusão.

XXI FORMAÇÃO DE PREÇO

Os preços são pré-estabelecidos, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é efetuado pelo associado, pessoa física, antes da utilização das coberturas contratadas.

XXII - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

1. Participam do custeio da assistência promovida pela CAGIPE, sob regime de contribuição mutualista, os associados titulares e respectivos dependentes.
2. A contraprestação pecuniária prestada pelo associado, bem assim pelos beneficiários dependentes, relativamente aos serviços oferecidos pelo Plano, denomina-se CONTRIBUIÇÃO, cujo valor correspondente encontra-se indicado na Tabela de Contribuição – Anexo 1 ao presente Regulamento .
3. A contribuição dos associados titulares ativos, funcionários da ENERGISA SERGIPE, INERGUS e CAGIPE e de cada dependente inscrito será calculada conforme Tabela de Contribuição – Anexo 1 ao presente Regulamento.
4. A participação financeira das Patrocinadoras será regulada através de negociação sindical e constante do Acordo Coletivo de Trabalho da Categoria.
4. O repasse dos valores recolhidos em folha de pagamento dos associados titulares, bem como a parte referente ao patrocínio deverá ser depositado em conta-corrente da CAGIPE até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao que se referir.
5. A contribuição dos aposentados e pensionistas vinculados ao INERGUS e de cada dependente inscrito, será de responsabilidade integral do Associado titular, calculada de acordo com a Tabela de Contribuição – Anexo 1 ao presente Regulamento.
6. A Contribuição dos ex-empregados e respectivos dependentes, com manutenção de vínculo previsto no sub-item 2 do item X – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, durante a permanência garantida pela legislação, passará a ser de responsabilidade integral do Associado titular, a partir do mês subsequente ao desligamento da Patrocinadora, de acordo com a Tabela de Contribuição – Anexo 1 ao presente Regulamento.
7. Além da variação do valor da contribuição de acordo com a mudança de faixa etária, a apuração do percentual de aumento será realizada anualmente com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do Plano, observado, para tanto os pertinentes estudos atuariais que levarão em conta:
 - a) Impactação de custos, advindos de fatores incontáveis que incidam sobre a aquisição de insumos associados para a execução dos serviços cobertos por este Regulamento.
 - b) Inserção de procedimentos médicos, ou também, de novos métodos de diagnóstico e terapia.
 - c) Avanços tecnológicos do setor.
 - d) Mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira.
 - e) Aumento da sinistralidade ou da utilização dos serviços.
 - f) Correção de honorários médicos e tabelas de serviços médicos/hospitalares.

7.1 – No prazo de seis meses após o início de funcionamento do Plano a Tabela de Contribuição, constante do Anexo1, deverá ser reavaliada com vistas ao equilíbrio econômico-financeiro do Plano.

8. O recebimento do valor das contribuições será realizado, a critério da administração da CAGIPE, mediante:

a) Para os associados titulares ativos ou assistidos vinculados ao INERGUS, através de desconto em folha de pagamento, ou boleto bancário, se necessário.

b) Para os demais associados, através de boleto bancário ou outras formas determinadas pela CAGIPE, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao que se referir.

9. A liquidação de outros débitos de responsabilidade dos associados será realizada consoante uma das formas acima especificadas.

10. Em caso de eventual impugnação decorrente de discordância quanto aos valores cobrados, deverá o associado titular apresentar manifestação por escrito, dentro de 15 (quinze) dias contados da data de recebimento da cobrança, junto a CAGIPE.

11. Sobre a contribuição mensal e a co-participação nas despesas que não forem descontadas em folha de pagamento, nem pagas diretamente à CAGIPE, ou como for indicado pela CAGIPE, incidirá multa de 2% (dois por cento) ao mês sobre o montante do saldo devedor, atualizado pela variação do INPC, medido pelo IBGE, sem perder a condição de beneficiário e o direito ao uso do plano caso o débito seja regularizado antes de decorrido o prazo de desligamento previsto neste regulamento.

12. Em caso de inobservância do prazo estabelecido para pagamento dos repasses previstos pela patrocinadora, incidirá multa 2% (dois por cento) ao mês sobre o montante do saldo devedor, atualizado pela variação do INPC, medido pelo IBGE.

XXIII – REAJUSTE

1. Da contribuição:

1.1. O valor da contribuição devida pelos beneficiários poderá ser reajustado anualmente, mediante proposta da Diretoria Executiva e aprovação do Conselho Deliberativo da CAGIPE, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis e o disposto neste Regulamento, em especial o contido no sub-item 7 do item XXII – PAGAMENTO DA MENSALIDADE.

1.2. As contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste financeiro sempre que ocorrer variação nos custos administrativos, médicos e/ou hospitalares do plano, inclusive no caso de aumento da rede credenciada e dos serviços cobertos, respeitado o prazo mínimo previsto na legislação e sofrerão reajuste técnico calculado com base em critérios atuariais de análise de risco referentes à alteração no nível de sinistralidade do respectivo plano nos termos e dentro da periodicidade prevista na regulamentação

pertinente, podendo esses reajustes ser aplicados somente anualmente, a partir do primeiro aniversário de contrato.

1.3. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS será informada sobre o percentual de reajuste através do aplicativo RPC, até 30 (trinta) dias após a data da aplicação.

1.4. Haverá alteração do valor também no momento da mudança de faixa etária, no mês subsequente à data de aniversário, conforme autoriza a Resolução Normativa RN nº 63, de 22/12/2003 e suas atualizações.

2. Da co-participação:

2.1. Por proposta da Diretoria Executiva e aprovação do Conselho Deliberativo da CAGIPE, os valores de co-participação poderão ser revistos a qualquer tempo, para mais ou para menos, priorizando a manutenção do equilíbrio econômico/financeiro do plano.

XXIV - FAIXAS ETÁRIAS

1. A variação de preço ocorrerá em razão de alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no plano, somente incidirá no mês subsequente ao seu aniversário, ou seja, quando o beneficiário completar a idade limite. Serão adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

1.1. FAIXAS ETÁRIAS / VARIAÇÃO PERCENTUAL

FAIXA	IDADE	VARIAÇÃO %
1	00-18	
2	19-23	10,93
3	24-28	19,39
4	29-33	12,27
5	34-38	32,5
6	39-43	24,53
7	44-48	48,15
8	49-53	24,08
9	54-58	16,26
10	Acima de 59	13,98

2. Fica estabelecido que o valor fixado para a faixa 10 não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da faixa 1, e que a variação acumulada entre a faixa 7 e a faixa 10, não poderá ser superior a variação acumulada entre a faixa 1 e a faixa 7, conforme estabelecido no art. 3º da Resolução ANS - RN 63, de 22/12/2003.

XXV - BÔNUS – DESCONTOS

Não se aplica.

XXVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

1. Quando da assinatura do presente Regulamento, a Empresa Patrocinadora providenciará a inscrição individual de todos os beneficiários titulares e dependentes que optarem em aderir ao presente Regulamento, através de Termos de Adesão próprios da CAGIPE, a serem por ela fornecidos sempre que necessário.
2. Por se tratar de Contrato Coletivo por Adesão, a contratação do plano se dará no ato da adesão do beneficiário ao referido regulamento.
3. A obrigação acima mencionada perdurará durante toda a vigência do presente regulamento, inclusive para as posteriores inclusões.
4. Sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor a 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, bem como será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência conforme previsto no presente regulamento.
5. Sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta), não serão exigíveis as cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução 14/98 CONSU, como também não serão exigidos os cumprimentos de carência se a inscrição for efetivada no prazo estabelecido no presente regulamento.
6. As contribuições mensais de Associados e Patrocinadores, de acordo com a tabela atualizada, incidirão também sobre a remuneração correspondente ao 13º salário, podendo ser liberado o pagamento a cada ano civil, a critério da CAGIPE, com aprovação dos Conselhos Deliberativo e Fiscal, com base nos resultados positivos e sem interferência no equilíbrio econômico/financeiro do plano.
7. Embora o plano de assistência à saúde seja de contratação coletiva, por adesão, oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, a adesão dos empregados no plano de contratação coletiva por adesão é espontânea e opcional, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes previstos no presente Regulamento.

XXVII - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

O Plano é coletivo por adesão e destina-se aos empregados com vínculo empregatício, ativos e inativos, sendo eles ex-empregados, na forma prevista na legislação vigente e aposentados e pensionistas em gozo de benefício no INERGUS, e respectivos dependentes das Empresas Patrocinadoras da CAGIPE.

XXVIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações previstas no Estatuto Social, os Associados e seus dependentes poderão ser excluídos do Plano, independente de notificação e/ou interpelação extrajudicial, sem que caiba direito a qualquer indenização, nas seguintes hipóteses:

- a) Pela própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito.
- b) Sempre que, por fraude, obtiver para si ou para terceiros, qualquer vantagem indevida, causadora ou não de lesões aos direitos da Entidade, devidamente comprovada.
- c) Em caso de falta de quitação das obrigações financeiras perante CAGIPE, por mais de 60 (sessenta) dias, sucessivos ou intercalados, contados da data do respectivo vencimento, a cada período de 12 (doze) meses.
- d) Pela perda das condições necessárias à inscrição ou manutenção no Plano, inclusive pela rescisão do contrato de trabalho do Associado ou por quaisquer outras razões de perda de elegibilidade.
- e) Por falecimento.
- f) Decorrido o prazo regulamentar de 30(trinta) dias para opção dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

2. O atraso no pagamento de contribuição ou obrigação financeira de responsabilidade do associado ou beneficiário dependente, por prazo superior a 30 (trinta) dias sucessivos, implicará na suspensão dos serviços disponibilizados neste Plano.

3. A utilização dos serviços propiciados por este Regulamento, por parte do associado ou dos respectivos dependentes após exclusão do Plano ou em decorrência da perda das condições de elegibilidade necessárias à respectiva inscrição ou permanência, será considerada indevida.

4. Verificando-se a ocorrência prevista no sub-item 3, acima, o Associado ou ex-Associado, conforme o caso, deverá assumir diretamente perante o prestador dos serviços as despesas integrais, podendo a CAGIPE promover as diligências administrativas ou judiciais pertinentes para a cobrança dos valores que já tenham por ela eventualmente desembolsados em razão da utilização indevida, sem prejuízo da adoção de outras medidas legais cabíveis.

5. Na hipótese prevista na letra “e” do sub-item 1, acima, o cônjuge viúvo poderá manter-se no Plano Associado, juntamente com os demais beneficiários dependentes inscritos até a data do óbito do associado titular.

6. Não será permitida a inclusão de novos beneficiários dependentes por Assistidos, na condição de Pensionista, ressalvado o caso de falecimento do associado masculino e da comprovação de gravidez da viúva.

7. O conjugue supérstite tem o prazo de 30 (trinta) dias do óbito para manifestar sua intenção de permanecer no plano, assumindo a responsabilidade pelo pagamento integral das correspondentes mensalidades e obrigações financeiras, sem prejuízo da já existente obrigação de quitar o eventual saldo devedor deixado pelo *de cujus* junto à CAGIPE.

8. Quando do falecimento do Associado e na hipótese de óbito ou inexistência de cônjuge supérstite, será garantida a manutenção dos dependentes, inscritos no Plano, mediante exposto requerimento por parte de quem assuma a guarda, a tutela ou a curatela dos beneficiários remanescentes, no prazo de 30 dias contados da data do óbito, observadas as seguintes condições:

- a) Liquidação das mensalidades e débitos eventualmente existentes quando do falecimento do Associado limitado ao valor recebido do INERGUS a título de pecúlio por morte, e do requerimento de manutenção da inscrição.
- b) Assunção pelo Guardião, Tutor ou Curador, da responsabilidade pelo custeio integral das mensalidades e demais obrigações financeiras decorrentes do plano.
- c) Apresentação dos documentos que comprovem o deferimento definitivo da guarda, tutela ou curatela.

9. Na hipótese de falecimento do Associado, eventual débito ou saldo devedor deverá ser assumido pelo pensionista ou pelos demais dependentes inscritos no Plano. Se não existirem dependentes, a cobrança deverá ser arcada pelo espólio, herdeiros ou sucessores do *de cujus*.

10. Os filhos serão automaticamente excluídos do rol de beneficiários dependentes ao excederem os limites de idade previstos neste Regulamento, ou quando ocorrer uma das seguintes hipóteses:

- a) Casamento ou outra forma de união estável.
- b) Exercício de emprego ou atividade remunerada, bem como estabelecimento civil ou comercial, com economia própria.
- c) Falecimento.
- d) Exclusão do associado titular, por qualquer motivo.

11. A utilização dos serviços da CAGIPE por parte do associado ou de seu respectivo dependente, sem o devido recadastramento posteriormente à exclusão do Plano, será considerada indevida. Nesta circunstância, o associado responderá integralmente pelas despesas incorridas por si ou por seus beneficiários, sem prejuízo das penalidades legais aplicáveis.

12. Nas hipóteses de exclusão previstas neste Regulamento, o Associado obriga-se a devolver à administração da CAGIPE, os cartões de identificação dos dependentes,

sob pena de responsabilização pelo pagamento integral dos valores correspondentes à utilização indevida das coberturas assistenciais.

13. Caso haja extravio dos cartões de identificação, sem a imediata comunicação à CAGIPE, por escrito, no prazo de 24 horas, o associado titular se responsabilizará pelo pagamento das despesas integrais incorridas.

XXIX – RESCISÃO

1. Por se tratar de operadora de autogestão com patrocínio, não cabe rescisão contratual e sim as hipóteses das condições de perda da qualidade de beneficiário ou de elegibilidade como associado.

2. Em caso de deliberada a dissolução da CAGIPE, através de Assembléia Geral dos Associados especialmente convocada para esta finalidade e escolhidos e nomeados os liquidantes, deverá ser liquidado todo o passivo e, logo após, prestadas as contas pelos liquidantes. Ao patrimônio líquido remanescente será dado o destino previsto no Estatuto Social.

XXX - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Não se aplica.

XXXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

1. A CAGIPE poderá firmar Convênios de Reciprocidade com entidades congêneres, sem que tal possibilidade configure a ampliação da área geográfica de cobertura.

2. Será assegurada a inscrição no presente Plano, na condição de beneficiários, os genitores inscritos até dia 24/08/04 no plano “Serviço de Assistência Médica – SAM”, registrado na ANS sob o nº 37032-1, desde que o Associado titular faça a migração para o Plano CAGIPE/PREVMED, ficando vedadas novas inscrições ao CAGIPE SAM;

3. Será assegurado o direito de inscrição de dependente indireto o menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda definitiva do associado ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação;

4. O Associado que solicitar desligamento do Plano CAGIPE/PREVMED só poderá solicitar retorno após o decurso de prazo mínimo de doze meses, devendo cumprir os prazos de carência estabelecidos no presente Regulamento.

5. Os atuais Associados vinculados ao plano SAM, em pleno gozo das suas prerrogativas de associado, terão o prazo de 30 (trinta) dias para efetuarem a opção pelo plano CAGIPE/PREVMED, a contar da abertura para adesão, sem cumprimento das carências prevista neste Regulamento, caso já estejam cumpridas.

5.1 Após o período estipulado no caput deste item haverá exigência de cumprimento das carências previstas no presente Regulamento.

6. A inscrição no CAGIPE/PREVMED implica, imediata e automaticamente, no cancelamento da inscrição no Plano Antigo CAGIPE (SAM), e na correlata extinção da situação jurídica vinculada a seu regime, e correspondentes direitos, não sendo permitido o retorno ao Plano CAGIPE SAM.

7. Far-se-á a inscrição mediante o preenchimento e assinatura de formulário próprio, fornecido pela CAGIPE, e devidamente instruído com os documentos por ela exigidos; e, deferido o pedido, a inscrição terá eficácia a contar da data da protocolização do formulário junto à CAGIPE.

8. Ao associado será entregue cópia do Termo de Adesão e/ou de Inscrição além de 01 exemplar deste Regulamento.

9. A partir da implantação do Plano CAGIPE/PREVMED fica fechado a novas adesões o Plano CAGIPE SAM.

10. O Plano CAGIPE/PREVMED será considerado ativo e entrará em vigor com a sistemática estabelecida neste Regulamento, com a constatação da adesão mínima de 90% dos atuais associados, titulares do Plano SAM e a aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

11. Até 30 (trinta) dias após a entrada em vigor do Plano CAGIPE/PREVMED serão distribuídas novas carteiras aos associados.

12. A inscrição, como associado do Plano CAGIPE/PREVMED estará também aberta aos empregados ativos da ENERGISA SERGIPE, INERGUS e CAGIPE que não sejam participantes do atual Plano CAGIPE SAM, no prazo de 30 (trinta) dias devendo cumprir os prazos de carência e demais condições definidas neste Regulamento;

XXXII - ELEIÇÃO DE FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Aracaju conforme Portaria n.º 4 da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente Plano, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXO 1 – TABELA DE CONTRIBUIÇÃO

FAIXA	FAIXA ETÁRIA	PREÇO UNITÁRIO (Quarto Privativo)
1	00-18	24,60
2	19-23	27,30
3	24-28	32,58
4	29-33	36,58
5	34-38	48,57
6	39-43	60,35
7	44-48	89,41
8	49-53	110,95
9	54-58	129,00
10	Acima de 59	147,02