

REGULAMENTO DO PLANO PASA CAPIXABA
COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
ENTIDADE REGISTRADA NA ANS SOB O Nº 331988
PLANO REGISTRADO NA ANS SOB O Nº 473.322/15-3

**REGULAMENTO APROVADO NA 84ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
DELIBERATIVO**

I. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS: ATRIBUTOS DO PLANO

Art. 1º

A PASA – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO APOSENTADO DA VALE é uma associação civil sem fins econômicos e de natureza assistencial, organizada sob a modalidade de autogestão, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 39.419.809/0001-98, com sede na Av. Calógeras, nº 30, loja H, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20030-070, doravante denominada ASSOCIAÇÃO, que tem como objetivo prestar assistência à saúde, na forma e condições estabelecidas no seu Estatuto e neste Regulamento Básico.

Art. 2º

O presente Regulamento disciplina plano coletivo por adesão e assegura a cobertura de custos com assistência médica, na segmentação AMBULATORIAL e HOSPITALAR, SEM OBSTETRÍCIA, com acomodação em quarto privativo, na forma deste Regulamento.

Art. 3º

É garantida a cobertura para atendimentos e internações realizados estritamente nas cidades listadas a seguir:

- a) Alegre
- b) Anchieta
- c) Aracruz
- d) Baixo Guandu
- e) Cariacica
- f) Colatina
- g) Fundão
- h) Guaçuí
- i) Guarapari
- j) Ibirapu
- k) João Neiva
- l) Linhares
- m) São Matheus
- n) Serra
- o) Vila Velha
- p) Vitória



II. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO BENEFICIÁRIO

Art. 4º

Poderão ser titulares do plano os associados da PASA em pleno gozo de seus direitos associativos, na forma do que determina o Estatuto da ASSOCIAÇÃO, e pensionistas por falecimento do associado.

§ 1º. Entende-se como pensionista:

- a) o cônjuge ou companheiro(a) do associado falecido;
- b) o(a) filho(a), pai ou mãe, irmão ou irmã que sejam comprovadamente pensionistas do associado perante o INSS – Instituto Nacional do Seguro Social ou da VALIA – Fundação Vale do Rio Doce de Seguridade.

§ 2º. O pensionista poderá inscrever como dependentes e agregados somente aqueles que, nessa condição, pudessem ser inscritos pelo associado falecido.

§ 3º. O empregado em atividade na Vale ou em sociedade do grupo Vale terá o uso do plano postergado à sua demissão ou aposentadoria, podendo, no entanto, inscrever agregado, a qualquer momento, a partir de sua associação.

Art. 5º

O empregado que se licenciar ou se desligar sem justa causa da Vale ou sociedade do grupo Vale poderá continuar contribuindo para a ASSOCIAÇÃO, usufruindo do plano nas condições previstas neste Regulamento.

Art. 6º

A adesão ao plano implica na aceitação plena do Estatuto e deste Regulamento, bem como na autorização para o desconto em folha de pagamento das contribuições e participações devidas.

Art. 7º

São dependentes do associado:

- I. o cônjuge ou companheiro(a) com o qual comprovadamente conviva maritalmente;
- II. o filho ou o enteado menor de 21 (vinte e um) anos;
- III. o filho ou o enteado, maior que 21 (vinte e um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que esteja comprovadamente cursando graduação superior no Brasil.

§ 1º. O cônjuge ou companheiro(a) que se separar, divorciar, ou deixar de conviver de forma estável com o associado, perderá a condição de dependente e o direito ao uso do plano.

§ 2º. É obrigação do associado comunicar a ASSOCIAÇÃO quanto à eventual separação, divórcio ou término da convivência de forma estável com o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a).

Art. 8º

Na ausência de pensionista, poderão permanecer como usuários do plano os dependentes e agregados de associado falecido, desde que paguem a contribuição exigida daqueles que se enquadrem nessa categoria.

Parágrafo Único: É vedada:

- I. a readmissão de dependente e agregado de associado falecido que vier a ter o plano cancelado;
- II. a inclusão de novos dependentes e agregados.



Art. 9º

O associado poderá inscrever como agregado, sendo no máximo 2 (dois) com idade superior a 40 (quarenta) anos, as seguintes pessoas:

- I. o pai, a mãe, o padrasto e a madrasta, o sogro e a sogra;
- II. o pai e a mãe do companheiro(a);
- III. o neto, a neta, o irmão e a irmã;
- IV. o menor sob tutela ou guarda legal do associado;
- V. sobrinho e sobrinha.
- VI. o filho do enteado(a) do associado;
- VII. o bisneto e a bisneta.

§ 1º Não poderá ser inscrito como agregado no plano o dependente cadastrado junto à Assistência Médica Supletiva – AMS oferecida pela Vale.

§ 2º O aposentado e o ex-empregado que tiverem direito à AMS oferecida pela Vale poderão se associar somente para inscreverem agregados até o limite fixado no *caput* deste artigo.

Art. 10.

No ato de inscrição no Plano, o associado deverá:

- I. preencher a ficha de inscrição;
- II. apresentar documentos exigidos pela ASSOCIAÇÃO, tais como a sua carteira de identidade, a sua certidão de casamento ou declaração de união estável, o seu Cartão Nacional de Saúde - CNS e o seu CPF, bem como de seus dependentes e agregados e comprovante de endereço;
- III. assinar o Termo de Adesão, recebendo cópia do Estatuto, deste Regulamento, do material explicativo e da relação de Médicos, Clínicas, Laboratórios e Hospitais Credenciados;
- IV. e efetuar o pagamento da primeira contribuição no ato da inscrição.

III. DOS DIREITOS E DEVERES DO BENEFICIÁRIO

Art. 11.

São direitos dos beneficiários:

- I. utilizar os serviços especializados da rede de profissionais e entidades credenciadas pela ASSOCIAÇÃO, observado o disposto nos Artigos 14 e 15, deste Regulamento;
- II. utilizar os serviços em entidades e profissionais de sua livre escolha, com o reembolso das despesas nos limites do disposto no Artigo 21, deste Regulamento;
- III. utilizar dos procedimentos cobertos pelo plano, independentemente da ocorrência de doenças ou lesões preexistentes, quando cumpridos os períodos de carência.

Art. 12.

São deveres dos beneficiários:

- I. cumprir e fazer cumprir as disposições do Estatuto da ASSOCIAÇÃO e deste Regulamento;
- II. manter atualizados os seus dados cadastrais perante a ASSOCIAÇÃO, incluindo as informações referentes aos seus dependentes e agregados;
- III. efetuar o pagamento das contribuições mensais e coparticipações tempestivamente.



Art. 13

O associado titular responderá, por si e por seus dependentes e agregados, integralmente pelos ônus decorrentes da realização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares previstos neste Regulamento quando:

- I. permitir a utilização indevida do cartão de acesso aos serviços do plano por terceiros;
- II. apresentar junto ao credenciado cartão irregular de acesso aos serviços do plano, não devolvido à ASSOCIAÇÃO nas hipóteses de desligamento ou com data de validade vencida;
- III. omitir sua condição de beneficiário do plano, além de qualquer outro procedimento que denote má-fé ou fraude.

IV. DOS PROCEDIMENTOS DE USO DO PLANO

Art. 14.

Para receber atendimento médico e hospitalar, o associado, seu dependente e agregado deverão se identificar perante o profissional ou entidade credenciada, mediante apresentação de documento de identidade e do cartão de acesso aos serviços credenciados pelo plano.

Parágrafo único: O associado, o seu dependente e o agregado deverão sempre solicitar autorização prévia e, se for o caso, realizar exame prévio, para obter cobertura de procedimentos que assim o exijam, cuja relação encontra-se disponível nos escritórios da ASSOCIAÇÃO, bem como na página www.planopasa.com.br.

Art. 15.

Os atendimentos médico e hospitalares previstos neste Regulamento serão prestados por entidades e profissionais previamente referenciados e credenciados, constantes da rede de atendimento credenciada ao PLANO, bem como por entidades e profissionais de livre escolha do beneficiário.

§ 1º. A rede credenciada poderá ser consultada em quaisquer escritórios da ASSOCIAÇÃO, na Central de Relacionamento Ligue PASA ou, ainda, no endereço eletrônico www.planopasa.com.br.

§ 2º. Ao utilizar a rede credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo a ASSOCIAÇÃO efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do serviço.

§ 3º. A ASSOCIAÇÃO se reserva o direito de cancelar, sob qualquer pretexto, o credenciamento de hospitais, médicos, laboratórios e demais serviços, em especial aqueles que suspenderem o atendimento, bem como, a seu critério, nomear novos credenciamentos, observada a legislação aplicável.

§ 4º. O cancelamento e os novos credenciamentos a que se refere este Artigo serão divulgados por meio de informativos ou na página eletrônica da ASSOCIAÇÃO, disponível no endereço www.planopasa.com.br.

V. DAS COBERTURAS

Art. 16.

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

§ 1º. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, observadas as vedações do Art. 18, deste Regulamento.

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

§ 3º. A cobertura a internações hospitalares incluirá as despesas com honorários médicos, taxas, inclusive materiais utilizados, despesas relativas a um acompanhante exclusivamente para beneficiários com menos de 18 anos e mais de 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiência, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Regulamento, em território brasileiro.

VI. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 17.

São garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao PLANO, inclusive se decorrentes de complicações de gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção inter-hospitalar, observando o seguinte:

I. quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, este será limitado a 12 (doze) horas de atendimento, dentro dos limites da abrangência geográfica do PLANO e nos moldes da cobertura ambulatorial, descrita no Art. 16, §1º, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

II. quando o atendimento de urgência for decorrente de processo gestacional, este será limitado às 12 (doze) horas de atendimento, dentro dos limites da abrangência geográfica do PLANO e nos moldes da cobertura ambulatorial, descrita no Art. 16, §1º, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

III. quando o atendimento de urgência oriundo de acidente pessoal for efetuado no período de carência, será garantido, sem restrições, inclusive para internações, observada a área de abrangência geográfica do plano;

IV. quando o atendimento de emergência e urgência for efetuado após o período de carência, será garantido, sem restrições, inclusive para internação, observada a área de abrangência geográfica do plano.

§ 1º. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

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

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

VII. DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art. 18

Não estão cobertos pelo plano os procedimentos listados a seguir:

- a) parto normal ou parto cesáreo;
- b) cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, excetuados em homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos, ou quando houver risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos, desde que apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação de vontade;
- c) a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- d) a esterilização cirúrgica em mulheres através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- e) a esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei;
- f) internação geriátrica;
- g) próteses, órteses e seus acessórios que não sejam ligadas ao ato cirúrgico ou que estejam relacionadas a procedimentos cirúrgicos ou clínicos para fins estéticos, entendendo-se como prótese qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido; e, por órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- h) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, assim entendidos como aqueles que não visam restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo, anomalia congênita, exceto cirurgia plástica para queimados, politraumatizados e em casos de reconstituição de mama após mastectomia;
- i) tratamento em estâncias hidrominerais de repouso ou de recuperação física;
- j) tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tais como (mas não limitados a) massagens, duchas, saunas e outras atividades de finalidade estética;
- k) spa;
- l) pilates;
- m) tratamentos, exames ou procedimentos odontológicos de qualquer natureza;
- n) fornecimento de medicamentos e vacinas de qualquer natureza, exceto em regime de internação e quando cobrado pela instituição;
- o) material e medicamento importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- p) tratamentos ou exames (clínicos ou cirúrgicos) experimentais condenados ou não recomendados pela ética médica, assim entendidos como aqueles que empregam fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento à base de medicamentos com



indicação que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso off-label);

q) acupuntura, quando não executado por médico;

r) check-up médico;

s) quaisquer exames ou tratamentos sem indicação médica especializada;

t) extraordinários de contas hospitalares, tais como (mas não limitadas a): telefonemas, aluguel de ar-condicionado, televisão, frigobar e internet quando não incluído no preço da diária, lavagem de roupa, refeições de acompanhante, salvo no caso de pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos, além de demais despesas de caráter pessoal e particular realizadas por paciente ou seus acompanhantes;

u) transplantes, exceto rim, córnea, medula óssea e transplantes autólogos;

v) tratamentos para a manutenção da saúde mental, realizados por psicólogo, que ultrapassem a 12 (doze) sessões por ano;

w) atendimento em domicílio e home care;

x) nutrição parenteral ou enteral, exceto aquelas necessárias à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar;

y) inseminação artificial e procedimentos decorrentes deste ato, assim considerados como a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

z) todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes, e/ou que não conste no rol de procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (o rol de procedimentos encontra-se disponível na página da ANS na internet: www.ans.gov.br).

VIII. PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19.

Carência é o período de tempo durante o qual o associado contribui, mas ainda não tem direito de utilizar os serviços do plano, para si ou para seus dependentes e agregados.

Art. 20.

Os associados titulares, dependentes e agregados terão os seguintes períodos de carência:

I. 24 (vinte e quatro) horas, a partir do ingresso no plano, para os casos de atendimento de urgência e emergência;

II. 180 (cento e oitenta) dias, a partir do pagamento da primeira contribuição.

§ 1º. O associado da PASA e seu dependente, beneficiários do AMS, estarão isentos de carência, desde que venha a realizar sua inscrição como usuário do PLANO nos primeiros 30 (trinta) dias após o seu desligamento da Vale ou sociedade do grupo.

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



IX. DO REEMBOLSO

Art. 21

Os serviços médicos e hospitalares integrantes deste Regulamento serão prestados por meio de credenciamento e livre escolha, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica do plano, bem como observada as formas e limites estabelecidos neste Regulamento.

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

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

§ 3º Nos casos eletivos, excluídos os atendimentos de urgência e emergência, para o associado obter o reembolso deverá sempre solicitar a autorização prévia para os procedimentos que assim o exijam, cuja relação encontra-se disponível nos escritórios da ASSOCIAÇÃO, bem como na página www.planopasa.com.br.

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

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

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

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

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

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



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

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

X. DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 22

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

Art. 23

Os procedimentos a seguir estarão sujeitos à coparticipação do associado, nos percentuais abaixo discriminados, que incidirão sobre o valor do evento, fixado de acordo com os preços dos serviços médicos e hospitalares previstos nas Tabelas praticadas pela ASSOCIAÇÃO e vigentes no momento e na localidade da ocorrência do procedimento coberto pela PASA e disponíveis em quaisquer escritórios da ASSOCIAÇÃO ou, ainda, no seu endereço eletrônico: www.planopasa.com.br

I. consultas em clínicas básicas e especializadas: 20%;

II. exames laboratoriais: 20%;

III. serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais: 20%;

IV. tratamentos ambulatoriais de transtornos psiquiátricos: 20%

XI. DAS CONTRIBUIÇÕES

Art. 24.

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

Parágrafo Único: O custeio do plano será integralmente coberto pelos associados.

Art. 25.

A contribuição mensal devida pelo titular será a soma das contribuições devidas por beneficiário inscrito (dependentes e agregados), incluindo o próprio associado, de acordo com as faixas etárias estipuladas no § 3º do Art. 27 deste Regulamento.

Art. 26.

A contribuição mensal e a coparticipação nas despesas serão debitadas do titular, mediante desconto em folha de pagamento da Vale, sociedade do grupo Vale e/ou com a Fundação Vale do Rio Doce de Seguridade Social – VALIA.



§ 1º A contribuição nas despesas não processadas em folha de pagamento deverão ser pagas diretamente em rede bancária ou onde for indicado pela ASSOCIAÇÃO, até a data do vencimento informada no boleto.

§ 2º Os pagamentos efetuados após o dia do vencimento observarão os seguintes critérios:
I. no mês de competência incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da mensalidade;
II. após o mês de competência, além da multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da mensalidade, será acrescida taxa de correção diária, além do beneficiário titular estar sujeito à cobrança administrativa e judicial e inscrição de seu nome nos cadastros de proteção ao crédito.

§ 3º. O associado, quando empregado ativo da Vale, poderá optar pelo desmembramento do pagamento das contribuições específicas dos agregados, por intermédio de boletos bancários, desde que respeitados os seguintes requisitos:

- I. desmembramento dos boletos de acordo com o número de agregados, alterando, se for o caso, os endereços de cobrança;
- II. o boleto continuará sendo emitido no nome do associado, com a identificação do agregado no seu corpo;
- III. a contribuição do titular continuará sendo realizada por desconto em folha;
- IV. o responsável financeiro continuará sendo o associado;
- V. caso não haja pagamento do titular, todos os beneficiários serão excluídos;
- VI. caso a contribuição do agregado não seja paga o atendimento do próprio agregado será suspenso.

§ 4º. Na hipótese do § 3º deste artigo, caso não haja pagamento de quaisquer dos boletos de cobrança, deverá ser encaminhado comunicado de inadimplemento para o endereço vinculado ao boleto e para o endereço do titular.

§ 5º. O associado aposentado não terá a opção de boleto para agregado, prevista no § 3º.

XII. DO REAJUSTE

Art. 27.

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

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

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



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

Faixa Etária Variação por Mudança de Faixa Etária

- a) Ao completar 19 (dezenove) anos, acréscimo de 0,00%
- b) Ao completar 24 (vinte e quatro) anos, acréscimo de 10,80%
- c) Ao completar 29 (vinte e nove) anos, acréscimo de 43,14%
- d) Ao completar 34 (trinta e quatro) anos, acréscimo de 5,02%
- e) Ao completar 39 (trinta e nove) anos, acréscimo de 9,08%
- f) Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos, acréscimo de 34,85%
- g) Ao completar 49 (quarenta e nove) anos, acréscimo de 14,10%
- h) Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos, acréscimo de 36,19%
- i) Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos, acréscimo de 57,60%

XIII. DA SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO PLANO

Art. 28.

O beneficiário titular e seus dependentes e agregados perderão o direito ao uso do plano:

I. mediante suspensão por até 30 (trinta) dias, do beneficiário titular e seus dependentes e agregados quando houver inadimplência ou quitação de quaisquer débitos por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, inobstante regular notificação do beneficiário titular e responsável financeiro, sendo a suspensão interrompida, automaticamente, se houver quitação dos débitos e dos respectivos encargos;

II. mediante exclusão do plano:

- a) do beneficiário titular e seus dependentes e agregados quando, no período de 30 (trinta) dias de suspensão, não houver quitação de quaisquer débitos e respectivos encargos, inobstante o beneficiário titular e responsável financeiro tenha sido regularmente notificado;
- b) do beneficiário que obtiver ou tentar obter os serviços do plano mediante fraude;
- c) do beneficiário que utilizar dolosamente os serviços não cobertos pelo plano;
- d) do beneficiário titular, dependente e agregado por vontade do beneficiário titular.

§ 1º O beneficiário excluído na forma das alíneas a, b e c do Inciso II deste artigo não poderá ser readmitido no plano, salvo por deliberação da Diretoria.

§ 2º A exclusão do beneficiário não desobriga o titular de quitar os débitos e encargos devidos.

§ 3º O inadimplemento das contribuições e coparticipações de quaisquer dos beneficiários sujeita ao beneficiário titular, enquanto responsável financeiro pelo plano, à cobrança administrativa e judicial, bem como a inclusão de seu nome nos cadastros de proteção ao crédito, independentemente da suspensão ou cancelamento do uso do plano.



XIV. DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 29.

Perderá a qualidade de titular do plano o associado que for excluído da ASSOCIAÇÃO, na forma do que dispõe o Estatuto da PASA, bem como nas hipóteses descritas no Art. 28.

Art. 30.

Perderá a qualidade de dependente e agregado:

- a) pela ausência de uma das condições previstas nos Artigos 7º e 9º do Regulamento;
- b) a pedido do associado titular;
- c) fraude praticada pelo dependente e/ou agregado.

XV. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31.

O associado poderá afastar-se provisoriamente do plano, desde que efetue o pagamento mensal de contribuição especial para afastamento provisório, prevista na Tabela de Contribuições, durante todo o período de afastamento, como condição para a sua readmissão no PLANO.

§ 1º O desligamento do plano e o afastamento provisório do plano poderão ser solicitados a qualquer momento, mediante comunicação por escrito à Diretoria, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem que isto desobrigue o associado de quitar débitos de sua responsabilidade até a data do seu afastamento provisório ou desligamento do plano.

§ 2º O associado afastado provisoriamente terá assegurada sua readmissão a qualquer tempo, observando-se a obrigatoriedade de cumprimento dos períodos de carência fixados no Art. 20, II, passando a pagar contribuição comum aos usuários do plano.

Art. 32.

As situações não previstas neste Regulamento, bem como as dúvidas que surgirem em sua interpretação, serão resolvidas pela Diretoria da ASSOCIAÇÃO, com recurso para o Conselho Deliberativo, nos termos estabelecidos no Estatuto, observada a natureza associativa da PASA, sua ausência de objetivos lucrativos e sua condição de operadora de sistema de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.