

REGULAMENTO



Plano de Assistência Médico-Hospitalar
da Caixa de Assistência Sistema Saúde
Integral – SSI Saúde

4ª EDIÇÃO/JANEIRO 2019

Sumário

1. Qualificação da operadora.....	3
2. Qualificação das patrocinadoras.....	3
3. Atributos do regulamento.....	5
4. Condições de admissão	6
5. Coberturas e procedimentos garantidos	7
6. Cobertura ambulatorial	9
7. Cobertura hospitalar com obstetrícia.....	10
8. Exclusões de cobertura	14
9. Vigência e duração do regulamento	15
10. Períodos de carência.....	15
11. Doença e lesão preexistente	16
12. Das regras relativas às doenças e lesões preexistentes	17
13. Urgência e emergência.....	19
14. Do reembolso em casos de urgência e emergência	20
15. Da remoção	21
16. Mecanismos de regulação	22
17. Procedimentos para a utilização das coberturas garantidas.....	23
18. Autorização prévia.....	25
19. Rede hospitalar.....	26
20. Coparticipação.....	27
21. Formação do preço	27
22. Pagamento da contribuição	27
23. Reajuste.....	28
24. Faixas etárias.....	29
25. Regras para instrumentos jurídicos de planos coletivos	31
26. Das responsabilidades	33
27. Condição da perda da qualidade de beneficiário.....	33
28. Das disposições gerais.....	34
29. Eleição do foro.....	36



Plano SSI

Nº Registro ANS:	400.063/99-3
Nome Comercial:	SSI
Tipo de Contratação:	Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial:	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Padrão de Acomodação:	Coletiva
Abrangência Geográfica:	Grupo de Municípios
Área de Atuação:	Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha, Antônio Prado e São Marcos
Formação do Preço:	Preestabelecido
Fator Moderador:	Coparticipação
Livre Escolha:	Rede Própria e Credenciada



Nº Registro ANS:	471.820/14-8
Nome Comercial:	SSI Saúde Apartamento
Tipo de Contratação:	Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial:	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Padrão de Acomodação:	Privativa
Abrangência Geográfica:	Grupo de Municípios
Área de Atuação:	Caxias do Sul, Farroupilha, Flores da Cunha, Antônio Prado e São Marcos
Formação do Preço:	Preestabelecido
Fator Moderador:	Coparticipação
Livre Escolha:	Rede Própria e Credenciada

1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Caixa de Assistência Sistema Saúde Integral – SSI Saúde, pessoa jurídica de direito privado, associação para fins não econômicos, inscrita no CNPJ/ MF sob o nº 00.668.790/0001-88, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 32.082-0, classificada na modalidade Autogestão Multi Patrocinada, com sede e foro na Rua Bento Gonçalves, nº 2.764, São Pelegrino, Caxias do Sul, estado do Rio Grande do Sul, CEP 95020-412.

2. QUALIFICAÇÃO DAS PATROCINADORAS

2.1. Associação Esportiva e Recreativa SER Randon, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob n.º 87.505.442/0001-78;

2.2. Banco Randon S.A., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Rubem Bento Alves, nº 1469, Bairro Universitário, CEP 95041-410, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 11.476.673/0001-39;

2.3. Castertech Fundição e Tecnologia Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Anexo E, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 08.304.706/0001-59;

2.4. Cooperando Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Empregados das Empresas Randon Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 89.280.960/0001-66;

2.5. DRAMD Participações e Administração, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Rubem Bento Alves, nº 1469, Sala 6, Bairro Interlagos, CEP 95041-410, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 94.800.018/0001-11;

2.6. Endosul Pinturas Automotivas Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Atilio Andreazza, nº 3480, Bairro Interlagos, CEP 95052-070, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 05.583.074/0001-11;

2.7. Fras-le S.A., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na RS 122, Km

66, nº 10945, Bairro Forqueta, CEP 95010-550, Caxias do Sul, RS, inscrita no CNPJ sob nº 88.610.126/0001-29;

2.8. Freios Controil Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Rua Capitão Armínio Bier, 205, Bairro Vicentina, CEP 93.025-360, São Leopoldo - RS, inscrita no CNPJ sob nº 90.492.695/0001-69;

2.9. Instituto Elisabetha Randon Pró-Educação e Cultura, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 05.768.706/0001-11;

2.10. Jost Brasil Sistemas Automotivos Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 00.843.966/0001-90;

2.11. Master Sistemas Automotivos Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Atilio Andreazza, nº 3520, Bairro Sagrada Família, CEP 95052-070, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 90.852.914/0001-73;

2.12. Randon Administradora de Consórcios Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 91.108.027/0001-58;

2.13. Randonprev – Fundo de Pensão, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 00.016.905/0001-50;

2.14. Randon S.A. Implementos e Participações, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Abramo Randon, nº 770, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 89.086.144/0001-16;

2.15. Randon S.A. Implementos e Participações (Randon Araraquara), pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Hercílio Randon, nº 450, Bairro Parque das Hortências, CEP 14807-800, Araraquara - SP, inscrita no CNPJ sob nº 89.086.144/0005-40;

2.16. Randon SA Implementos e Participações, pessoa jurídica de direito privado,

brasileira, com sede na Av. Abramo Randon, 1262, Anexo B, Bairro Interlagos, CEP 95055-010, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 89.086.144/0006-20;

2.17. Randon S.A. Implementos e Participações (Randon Brantech), pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Estrada Estadual SC 459, s/n, Chapecó a Guatambu Km 134,7, Anexo I, Bairro Linha Tomazelli, Chapecó - SC, inscrita no CNPJ sob nº 89.086.144/0010-07;

2.18. RASIP Alimentos Ltda, pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Rodovia BR 116, Km 33, Distrito Industrial, CEP 95200-000, Vacaria - RS, inscrita no CNPJ sob nº 94.789.468/0001-50;

2.19. Triches Ferro e Aço Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Triches, nº 447, Distrito Industrial, CEP 95112-340, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 88.610.605/0001-45;

2.20. Tricorte Indústria e Comércio de Aço Ltda., pessoa jurídica de direito privado, brasileira, com sede na Avenida Triches, nº 449, Distrito Industrial, CEP 95112-340, Caxias do Sul - RS, inscrita no CNPJ sob nº 01.832.118/0001-49.

3. ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

3.1. O presente instrumento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei nº 9.656/98, visando a assistência médico-hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, exclusivamente para as pessoas físicas vinculadas às pessoas jurídicas PATROCINADORAS e que preenchem os requisitos de elegibilidade especificados nas Condições de Admissão deste Regulamento.

3.2. A assistência ora pactuada compreende as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente nessa data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

3.3. Trata-se de regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde suplementar, com características de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do disposto no Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

4. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

4.1. O presente Regulamento se destina exclusivamente aos empregados ativos, sócios e administradores das pessoas jurídicas PATROCINADORAS e do SSI Saúde, com opção de inclusão de seu respectivo grupo familiar.

4.2. Poderão ser incluídos neste Regulamento como BENEFICIÁRIOS TITULARES:

- a) os empregados ativos das pessoas jurídicas PATROCINADORAS;
- b) os sócios das pessoas jurídicas PATROCINADORAS;
- c) os diretores e administradores das pessoas jurídicas PATROCINADORAS;
- d) os funcionários ativos do SSI Saúde; e
- e) os diretores e administradores do SSI Saúde.

4.3. Poderão ser incluídos neste Regulamento como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) o(a) cônjuge;
- b) o(a) companheiro(a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) os(as) filhos(as) solteiros(as) até 21 anos incompletos;
- d) os(as) filhos(as) solteiros(as) até 24 anos incompletos de idade que estejam frequentando curso regular de ensino médio ou universitário em estabelecimento oficialmente reconhecido, sendo de responsabilidade do beneficiário TITULAR o envio do comprovante ao setor de cadastro do SSI;
- e) os(as) filhos(as) solteiros(as) comprovadamente inválido(s) por laudo médico;
- f) os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos.

4.4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, **desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do**

nascimento ou da adoção, neste caso contado do Termo de Guarda Provisória ou Adoção.

4.4.1. Ultrapassado o prazo previsto acima, os novos BENEFICIÁRIOS cumprirão todos os períodos de carência previstos neste Regulamento, bem como será exigido o preenchimento de Declaração de Saúde e eventual cumprimento de Cláusula de Cobertura Parcial Temporária em caso de Doença ou Lesão Preexistente.

4.5. Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

4.5.1. Ultrapassado o prazo previsto acima, os novos BENEFICIÁRIOS cumprirão todos os períodos de carência previstos neste Regulamento.

4.6. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão vinculados ao BENEFICIÁRIO TITULAR no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

4.7. A adesão e a permanência dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão condicionadas à participação do BENEFICIÁRIO TITULAR no plano. Em caso de falecimento do Titular, os dependentes passam a ter direito conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

4.8. Para fins deste Regulamento, são considerados BENEFICIÁRIOS as pessoas físicas que usufruirão os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependentes.

4.9. A inclusão de BENEFICIÁRIOS no presente Regulamento será processada após a entrega, ao SSI Saúde, do "Termo de Adesão" devidamente preenchido e assinado em que serão inscritos titulares e/ou dependentes com os respectivos nomes e qualificação completa de cada um.

4.9.1. O "Termo de Adesão" de cada BENEFICIÁRIO é documento que comprova a inscrição do BENEFICIÁRIO no Plano.

4.9.2. O "Termo de Adesão" para menores de 18 anos de idade deverá ser preenchido e assinado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR e pelo seu responsável.

5. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

5.1. O PLANO SSI assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Item, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolos de Utilização - PROUT da ANS, se houver.

5.1.1. A cobertura assegurada compreende os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, conforme especificado abaixo, independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação assistencial, a área de atuação e abrangência do plano, **e exclusivamente por médicos contratados/credenciados e dentro dos recursos próprios ou contratados/credenciados pelo SSI Saúde**, conforme relação atualizada constante no site da Operadora (www.ssisaude.com.br). Caso o beneficiário opte pelo atendimento por profissional não credenciado, é de sua responsabilidade o pagamento dos honorários médicos, inclusive do anestesiológista.

5.2. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura assegurada tão somente quando constarem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolos de Utilização - PROUT da ANS, se houver, e respeitadas a segmentação contratada, a área de atuação, os prazos de carência e demais regras da contratação.

5.2.1. Os procedimentos necessários ao segmento de eventos excluídos da cobertura não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura pelo SSI Saúde.

5.3. A participação de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, **caso haja indicação clínica, e desde que por profissional integrante da rede credenciada do plano.**

5.3.1. Nos casos em que o beneficiário optar por profissional médico não credenciado ao plano de saúde, o pagamento dos honorários deste é de exclusiva responsabilidade deste, sem qualquer ônus ao SSI Saúde, nem direito a reembolso.

5.4. Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas. Entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

5.5. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

5.5.1. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

6. COBERTURA AMBULATORIAL

6.1. A COBERTURA AMBULATORIAL compreenderá:

6.1.1. Consultas Médicas, em número ilimitado, inclusive obstétricas para pré-natal, através de clínicas básicas ou especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

6.1.2. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolos de Utilização - PROUT da ANS, se houver.**

6.1.3. Cobertura de Serviços de Apoio Diagnóstico, Tratamentos e Demais Procedimentos Ambulatoriais, incluindo Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

6.1.4. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

6.1.5. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente e observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolos de Utilização - PROUT da ANS, se houver.

6.1.6. Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolos de Utilização - PROUT da ANS, se houver, para segmentação ambulatorial.

6.1.7. Os seguintes procedimentos considerados Especiais:

- a) Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- c) Radioterapia Ambulatorial;
- d) Procedimentos de Hemodinâmica Ambulatorial;
- e) Hemoterapia Ambulatorial;
- f) Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais.

6.1.8. Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época, **exceto medicamentos off-label**;

6.1.9. 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:

- a) medicamento genérico; e
- b) medicamento fracionado.

7. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA COMPREENDERÁ:

7.1. Internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas ou especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

7.2. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo SSI Saúde para o plano no padrão de acomodação ao qual o beneficiário está vinculado e, em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço integrante da rede prestadora, o SSI Saúde tem o direito de remover o BENEFICIÁRIO, arcando com o ônus desta, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente.

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

7.4. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação.

7.5. Cobertura de atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecendo 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 editado pela ANS e vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação assistencial deste Regulamento.

7.6. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica.

- a) órteses e próteses nacionais ou nacionalizadas ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, cabendo ao profissional médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução do(s) procedimento(s) demandado(s), devendo ainda justificar clinicamente a sua indicação e oferecer 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

7.7. Cobertura das despesas com acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

7.8. 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.

7.9. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja condicionada ao nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e Diálise Peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia Oncológica Ambulatorial;
- c) Procedimentos Radioterápicos Ambulatorial e Hospitalar;
- d) Hemoterapia;

- e) Nutrição Parenteral ou Enteral;
- f) Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos em Hemodinâmica;
- g) Embolizações e Radiologia Intervencionista;
- h) Radiologia Intervencionista;
- i) Exames Pré-anestésicos ou Pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de Reeducação e Reabilitação física.

7.10. Procedimentos buco-maxilo-faciais 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.

7.11. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período da internação hospitalar, **ressaltando-se que os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão cobertos.**

7.12. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de técnica no tratamento de câncer.

7.13. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto as de natureza estética.

7.14. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas as Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas – DC e Protocolos de Utilização - PROUT da ANS, se houver, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados 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

as captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo que o Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, deverá obrigatoriamente estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

7.15. Atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Mental/10ª Revisão - CID 10, priorizando o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente, compreendendo as seguintes coberturas:

- a) custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermagem psiquiátrica em hospital geral, sendo que após este prazo haverá coparticipação do BENEFICIÁRIO de 50% (cinquenta por cento);
- d) a cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

7.16. Atendimento obstétrico compreendendo toda a cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal, ao parto e puerpério; de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato.

7.17. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto.

7.18. A assistência ao parto normal ou cesárea é garantida sem qualquer ônus à beneficiária pelos profissionais disponíveis em plantão obstétrico da rede hospitalar própria/credenciada do plano, disponível na página do SSI Saúde na Internet www.ssisaude.com.br.

7.18.1. Em caso de inexistência ou indisponibilidade de plantão obstétrico na rede hospitalar própria/credenciada do plano, a beneficiária terá direito à assistência ao parto sem ônus, por profissionais médicos devidamente indicados para tanto na página Rede Credenciada no site do SSI Saúde.

7.18.2. Eventual acordo de honorários feito entre BENEFICIÁRIA e/ou seu responsável e profissional médico obstetra para a realização do parto, ainda que este integre a rede do plano e tenha realizado o pré-natal da gestante, porém não integrante

da relação de profissionais médicos citado nos parágrafos anteriores, é de exclusiva responsabilidade desta, sem qualquer ônus ao SSI Saúde, nem direito à reembolso.

8. EXCLUSÕES DE COBERTURA

8.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98 e as normativas da ANS, respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na legislação vigente e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

a) procedimentos não constantes expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, ou aqueles que, mesmo previstos, não preenchem os requisitos estabelecidos em Diretrizes de Utilização – DUT, Diretrizes Clínicas - DC e/ou Protocolos de Utilização – PROUT para a cobertura assistencial contratada neste Regulamento;

b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

d) inseminação artificial e fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, ainda que relacionados ao planejamento familiar;

e) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

f) fornecimento de órteses, próteses, medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

g) fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;

h) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto aqueles cuja cobertura está prevista no Rol de Procedimentos da ANS, e com indicação do médico assistente;

i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

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

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

l) estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- m) enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- n) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência;
- o) despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados/contratados ou entidades não credenciadas/contratadas;
- p) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- q) despesas não vinculadas à cobertura deste Regulamento;
- r) honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos de caráter odontológico;
- s) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- t) transplantes, exceto aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com as condições expressas neste contrato;
- u) produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
- v) serviços de *home care*, que compreendem estrutura hospitalar em residência com fornecimento de técnicos de enfermagem em tempo integral, enfermeiros, médicos clínicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, materiais, equipamentos, medicamentos, bem como qualquer outro tipo de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar.

9. VIGÊNCIA E DURAÇÃO DO REGULAMENTO

9.1. O presente Regulamento terá início de vigência a partir da data de sua aprovação ou da data de assinatura de convênio de adesão da pessoa jurídica PATROCINADORA junto ao SSI Saúde e vigorará por prazo indeterminado.

10. PERÍODOS DE CARÊNCIA

10.1. Para a utilização das coberturas deste Regulamento, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir prazos de carência estabelecidos abaixo, que serão contados a partir da data de inclusão de cada BENEFICIÁRIO no plano:

Procedimento	Carência
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas e exames simples	30 dias
Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
Cirurgias Ambulatoriais	180 dias
Procedimentos e Exames de Alta Complexidade	180 dias
Demais Procedimentos	180 dias
Parto a Termo	300 dias

10.2. Se o número de participantes no ato da adesão for igual ou maior que 30 (trinta), NÃO será exigido o cumprimento de carências, desde que:

- a) a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias da disponibilização do presente Regulamento; e/ou
- b) em até 30 (trinta) dias da vinculação do BENEFICIÁRIO TITULAR à pessoa jurídica PATROCINADORA e do BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES da caracterização do atendimento às condições de admissão previstas neste Regulamento.

10.3. Os BENEFICIÁRIOS TITULARES e respectivos DEPENDENTES que forem expatriados em decorrência do contrato de trabalho junto às pessoas jurídicas PATROCINADORAS serão excluídos do Plano, e ao retornarem ao Brasil estão dispensados do cumprimento de períodos de carência desde que a sua vinculação ao Plano ocorra em até 30 (trinta) dias da repatriação.

10.4. Após o transcurso dos prazos previstos acima, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir os períodos de carência integralmente.

11. DOENÇA E LESÃO PREEXISTENTE

11.1. Os BENEFICIÁRIOS estão dispensados do preenchimento de Declaração de Saúde e cumprimento de Cláusula de Cobertura Parcial Temporária – CPT em caso de Doença ou Lesão Preexistente desde que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias da sua vinculação à pessoa jurídica PATROCINADORA, e no caso de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, da caracterização da condição de dependência prevista neste Regulamento.

11.2. Após o transcurso dos prazos previstos acima, os BENEFICIÁRIOS estarão obrigados a preencher Declaração de Saúde, e em caso de identificação de Doença e Lesão

Preexistente estarão sujeitos a todas as regras decorrentes desta.

12. DAS REGRAS RELATIVAS ÀS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

12.1. Quando devido o preenchimento da Declaração de Saúde, o BENEFICIÁRIO TITULAR está obrigado, na oportunidade da inclusão no plano, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não da condição de portador de doença ou lesão preexistente.

12.2. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

12.3. A informação será prestada através de Declaração de Saúde acompanhada de Carta de Orientação ao Beneficiário, cujo formulário é parte integrante deste Regulamento, facultado ao BENEFICIÁRIO a realização de entrevista qualificada com um médico contratado (auditor) sem nenhum ônus, ou, a critério do BENEFICIÁRIO, com um médico não pertencente ao quadro de contratados, assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.

12.4. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o BENEFICIÁRIO para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o BENEFICIÁRIO 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.

12.5. Na declaração de saúde, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, sob pena da sua omissão voluntária caracterizar fraude contratual.

12.6. Fica a critério do SSI Saúde a realização de perícia ou exames até a realização de entrevista qualificada, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

12.7. 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, o SSI Saúde oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

12.8. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo BENEFICIÁRIO ou seu representante legal.

12.9. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o BENEFICIÁRIO tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o BENEFICIÁRIO.

12.10. Caso o SSI Saúde não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão ao plano, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, salvo nos casos de omissão no preenchimento da Declaração de Saúde.

12.11. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, o SSI Saúde somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à Doença ou Lesão Preexistente.

12.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

12.13. Identificado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, o SSI Saúde deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao BENEFICIÁRIO através de Termo de Comunicação ao BENEFICIÁRIO e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do BENEFICIÁRIO à Cobertura Parcial Temporária.

12.14. Instaurado o processo administrativo na ANS, ao SSI Saúde caberá o ônus da prova.

12.15. O SSI Saúde poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

12.17. Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

12.18. Após julgamento, e acolhida a alegação do SSI Saúde, pela ANS, o BENEFICIÁRIO 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 preexistente, pelo SSI Saúde, bem como será excluído do plano.

12.19. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

13. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

13.1. É garantida a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, assim definidas como:

- a) emergência: situações que impliquem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- b) urgência: situações resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

13.2. Nos casos em que o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo cláusula de cobertura parcial temporária em decorrência de doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa(s) doença(s) ou lesão(ões) será limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo que quando necessária para a continuidade do atendimento, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e 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 BENEFICIÁRIO, não cabendo ônus ao SSI Saúde.

14. DO REEMBOLSO EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1. O PLANO SSI assegurará o reembolso no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo SSI Saúde dentro da área de abrangência geográfica e área de atuação do plano.

14.2. O reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com os valores praticados pelo SSI Saúde junto à sua rede credenciada, vigente à data do evento.

14.3. O reembolso, quando comprovadamente devido, será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;
- c) recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - cl) nome completo do paciente;
 - clI) procedimento e data de sua realização;
 - clII) atuação do médico (clínico e outros);
 - clV) valor dos honorários;
 - cV) nome, número do Conselho Regional e CPF do médico.
 - cVI) declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

14.3.1. Ultrapassado o prazo previsto acima, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP SAÚDE, ou por outro índice que vier substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

14.4. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data do evento, para solicitar o reembolso acompanhado dos documentos acima relacionados, sob pena de perda do direito.

14.5. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

15. DA REMOÇÃO

15.1. Os BENEFICIÁRIOS terão garantida pelo SSI Saúde a cobertura de remoção, para uma unidade de atendimento da rede do plano, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência e desde que na área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

15.2. Os BENEFICIÁRIOS terão garantida pelo SSI Saúde a cobertura de remoção, para uma unidade do SUS, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo períodos de carência para internação e durante o cumprimento de cláusula de cobertura parcial temporária, quando houver necessidade de internação de leito de alta tecnologia, eventos cirúrgicos e/ou procedimentos de alta complexidade, quando assim exigida.

15.2.1. Caberá ao SSI Saúde 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.

15.2.2. Na remoção, o SSI Saúde 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.

15.2.3. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, o SSI Saúde estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

15.3. Os BENEFICIÁRIOS também terão garantida pelo SSI Saúde a cobertura de remoção nos seguintes casos:

- a) de hospital ou serviço de pronto atendimento do SUS, desde que localizado dentro da área de atuação do plano, para hospital integrante da rede do plano;
- b) de hospital ou serviço de pronto atendimento privado não integrante da rede do plano, desde que localizado dentro da área de atuação do plano, para hospital integrante da rede do plano;
- c) de hospital ou serviço de pronto atendimento integrante da rede do plano, desde que localizado dentro da área de atuação do plano, para outro hospital integrante da rede do plano, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;
- d) de hospital ou serviço de pronto atendimento público ou privado não integrante da

rede do plano, localizado fora da área de atuação do plano, para hospital integrante da rede do plano apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na regulamentação vigente.

15.4. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

15.5. Não há garantia de remoção:

- a) quando a entidade de origem não for hospital ou pronto atendimento;
- b) de hospital ou serviço de pronto atendimento integrante da rede do plano para hospital ou serviço de pronto atendimento não integrante da rede do plano.

15.5.1. Área de atuação do plano são os municípios que integram a área de abrangência geográfica deste, relacionado no preâmbulo deste Regulamento.

15.5.2. Rede do plano é a relação de estabelecimentos de saúde indicados pelo SSI Saúde para prestar atendimento aos BENEFICIÁRIOS do plano contratado.

15.6. Nos casos previstos neste item, quando não possa haver remoção por risco de morte, o BENEFICIÁRIO TITULAR e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, o SSI Saúde, desse ônus.

16. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

16.1. CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

16.1.1. O SSI Saúde entregará aos BENEFICIÁRIOS Cartão Individual de Identificação que, acompanhado de documento de identidade com foto, os habilitará aos atendimentos previstos neste Regulamento.

16.1.1.1 É de responsabilidade do BENEFICIÁRIO a manutenção do cartão, sendo OBRIGATÓRIO que as informações impressas no cartão fiquem legíveis, para possibilitar a identificação nos atendimentos previstos neste regulamento, não serão fornecidas informações do beneficiário via telefone.

16.1.2. O BENEFICIÁRIO do PLANO SSI está obrigado a devolver o respectivo Cartão Individual de Identificação, bem como quaisquer outros documentos porventura fornecidos pelo SSI Saúde para fins de fruição dos serviços, em caso de exclusão, independentemente do motivo.

16.1.3. Ocorrendo a perda, inutilização por dano ou defeito, ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o BENEFICIÁRIO deverá procurar o SSI para emissão de segunda via.

16.1.4. Será cobrada taxa de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, que deverá ser paga na retirada do mesmo, na sede do SSI Saúde.

17. PROCEDIMENTOS PARA A UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS GARANTIDAS

17.1. Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados pelo SSI Saúde exclusivamente através de rede contratada/própria conforme relação disponibilizada em sua página na Internet – www.ssisaude.com.br, que tem caráter informativo e pode sofrer alterações, sendo este o canal mais atualizado para consulta à rede credenciada.

17.2. O SSI Saúde assegurará aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos, os procedimentos ambulatoriais, clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, nas condições previstas a seguir.

17.2.1. Consultas: os BENEFICIÁRIOS serão atendidos no consultório do profissional médico escolhido, dentre os contratados/credenciados do SSI Saúde.

17.2.2. Atendimentos clínicos ambulatoriais: serão prestados nos consultórios, nas clínicas e hospitais próprios/contratados/credenciados do SSI Saúde.

17.2.3. Exames Complementares, serviços auxiliares e terapias: serão prestados pela rede própria ou pela rede credenciada SSI Saúde, desde que solicitados por profissional habilitado (médico, nutricionista, cirurgião dentista – desde que esteja de acordo com sua área de atuação).

17.2.4. Atendimentos de Urgência e Emergência e Internações: serão prestados nos prontos-socorros e hospitais próprios/contratados/ credenciados, observando:

- a) as internações hospitalares deverão ser solicitadas por profissional médico assistente, salvo em casos de urgência e emergência, e serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente e Guia de Internação expedida pelo SSI Saúde;
- b) nos casos de urgência e emergência o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados;
- c) o BENEFICIÁRIO obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a Guia de Internação, o documento oficial de identidade e o Cartão Individual de Identificação emitido pelo SSI Saúde, dentro

do prazo de validade;

d) o prazo de internação, fixado pelo SSI Saúde, constará na guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para patologias semelhantes. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o BENEFICIÁRIO, ou quem por ele responda, deverá apresentar ao SSI Saúde a respectiva solicitação do médico assistente.

17.3. Os serviços assegurados serão prestados exclusivamente na área de abrangência geográfica e área de atuação do presente Regulamento, dentro dos recursos próprios/contratados/credenciados pelo SSI Saúde e somente pelos médicos credenciados/contratados, conforme relação disponibilizada ao BENEFICIÁRIO, excetuando-se os casos de urgência e emergência, da forma prevista no presente Regulamento.

17.4. Não havendo especialidades ou recursos médicos e hospitalares disponíveis na área geográfica de cobertura, os BENEFICIÁRIOS poderão ser encaminhados pelo SSI Saúde, mediante indicação deste, a outros prestadores, respeitando-se as condições previstas neste Regulamento.

17.5. Apenas e exclusivamente em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador (médico, laboratório e/ou estabelecimento hospitalar) integrante da rede assistencial do SSI Saúde no município em que o BENEFICIÁRIO demandar atendimento, **desde que integrante da área de atuação do plano**, ou nos municípios limítrofes ou ainda na Região de Saúde, a este será garantido:

- a) atendimento por prestador exclusivamente indicado pelo SSI Saúde e conforme orientações deste;
- b) transporte até prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

17.6. A garantia de transporte não será devida nem autorizada caso existam outro(s) recurso(s) na mesma Região de Saúde (conforme definição legal) ou nos municípios limítrofes para realizar o atendimento.

17.7. O meio de transporte garantido será o ônibus intermunicipal convencional.

17.8. A critério do SSI Saúde, em função das condições de saúde do beneficiário, a serem avaliadas por sua equipe técnica com base no relatório médico, o meio de transporte poderá ser alterado, reembolsando-se a quilometragem rodada e pedágios, se houver,

conforme Tabela de Reembolso disponível na sede do SSI Saúde.

17.9. O pagamento da garantia de transporte, quando autorizado, será feito por meio de reembolso.

17.10. A garantia de transporte estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica, assim como nos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

17.11. Não se aplica a garantia de transporte aos serviços e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento que contenham Diretrizes de Utilização – DUT que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

18. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

18.1. É exigida AUTORIZAÇÃO PRÉVIA nos seguintes casos:

- a) Procedimentos de Diagnóstico;
- b) Procedimentos Intervencionistas;
- c) Procedimento Cirúrgicos;
- d) Internações Clínicas;
- e) Procedimentos, Terapias e Exames Especiais.

18.1.1. Para obter a AUTORIZAÇÃO PRÉVIA mencionada acima, o BENEFICIÁRIO, ou a pessoa por ele designada, deverá apresentar ao SSI Saúde documento assinado pelo médico assistente no qual conste o quadro clínico, o resultado de provas diagnósticas e dos procedimentos solicitados.

18.1.2. O SSI Saúde garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis quando se tratar de procedimentos de alta complexidade (PAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, e de até 5 (cinco) dias úteis nos demais casos, a partir do momento da solicitação, sem prejuízo dos prazos máximos de garantia de atendimento previstos na regulamentação vigente.

18.2. É facultada ao SSI Saúde a solicitação de exames já realizados pelo beneficiário, bem como a realização de avaliação prévia do BENEFICIÁRIO pela auditoria, para realização

de exames complementares, serviços auxiliares ou internação.

18.3. Quando da necessidade de avaliação prévia do beneficiário pela auditoria do SSI Saúde, será garantido o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação.

18.4. Em situações de divergências técnicas, que eventualmente possam vir a ocorrer durante a vigência do presente Regulamento, o SSI Saúde se compromete a:

- a) fornecer ao BENEFICIÁRIO laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do Regulamento, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação.
- b) garantir, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo BENEFICIÁRIO, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

19. REDE HOSPITALAR

19.1. Os BENEFICIÁRIOS poderão obter informações sobre a Relação de Profissionais credenciados ao SSI Saúde no endereço eletrônico www.ssisaude.com.br, guia impresso ou pelo telefone: (54) 3204.4500.

19.2. É facultado ao SSI Saúde a exclusão ou substituição de prestadores de serviço.

19.2.1. A exclusão ou substituição de entidade hospitalar por outra equivalente, se dará mediante comunicação prévia aos BENEFICIÁRIOS 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 e fiscais em vigor, conforme o art. 17, parágrafo 1º da Lei 9.656/98.

19.3. Nos casos em que houver substituição de estabelecimento hospitalar por vontade do SSI Saúde durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e o SSI Saúde a pagar as despesas até a alta hospitalar a critério médico, na forma do contrato, conforme o art. 17, parágrafo 2º da Lei 9.656/98.

19.4. O redimensionamento da rede hospitalar por redução ocorrerá mediante prévia autorização expressa da ANS, conforme determina o art. 17, parágrafo 4º da Lei nº 9.656/98.

20. COPARTICIPAÇÃO

20.1. A coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO.

20.2. Este Regulamento prevê coparticipação em consultas e exames conforme previsto a seguir:

Procedimento	Coparticipação
Consultas	30%, limitado a R\$ 50,00
Sessões terapêuticas	30%, limitado a R\$ 50,00
Exames até 100 CH's	Isento
Exames entre 101 e 600 CH's	30%
Exames a partir de 601 CH's	20%
Material especial	20%
Materiais e medicações previstos no Rol de Procedimentos ANS	20%

20.3. Os percentuais de coparticipação estipulados serão cobrados por procedimento realizado e por BENEFICIÁRIO, tendo como base de cálculo os valores dos procedimentos praticados pelo SSI Saúde.

20.4. Será de responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR o pagamento da coparticipação estipulada, por todos os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele vinculados.

21. FORMAÇÃO DO PREÇO

21.1. A formação do preço deste Regulamento é PREESTABELECIDO.

22. PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO

22.1. As pessoas jurídicas PATROCINADORAS pagarão ao SSI Saúde, via fatura mensal, a importância total estipulada no convênio de adesão, que é obtida pela soma dos valores das mensalidades estipuladas para cada um dos BENEFICIÁRIOS (titulares e dependentes) inscritos no plano e a elas vinculado, acrescidos dos valores correspondentes à taxa de inscrição quando houver.

22.2. As mensalidades serão pagas pelas pessoas jurídicas PATROCINADORAS ao SSI Saúde na data estipulada entre elas, podendo o SSI Saúde adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

22.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

22.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa moratória de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, mais despesas bancárias, caso o título tenha sido protestado.

22.5. Para atendimento à regulamentação em vigor, fica esclarecido que o preço único determinado no convênio de adesão foi calculado com base na média ponderada entre a quantidade de beneficiários por faixa etária e o valor de mensalidade de cada faixa etária.

22.6. O BENEFICIÁRIO TITULAR reconhece como dívida líquida e certa em favor do SSI Saúde quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a si ou seus dependentes, depois de cessadas as responsabilidades do SSI Saúde, independentemente da data de início de tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento administrativo ou judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este Regulamento.

23. REAJUSTE

23.1. Para fins deste Regulamento, é considerado reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial.

23.2. Todos os preços previstos neste instrumento jurídico serão reajustados automática e anualmente no mês de AGOSTO, pelo índice de reajuste técnico, obtido por meio da sinistralidade verificada no período avaliado, que será apurada conforme a seguinte fórmula:

$$S = (DA / R) * 100$$

Onde:

S = Sinistralidade	DA = Despesas Assistenciais Líquidas	R = Receita (Contraprestações do Plano de Saúde)

23.2.1. O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que é de 75%, e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R = S / Sm - 1$$

Onde:

S = Corresponde a sinistralidade do período – 12 meses;	Sm = Corresponde a meta de sinistralidade – 75%
--	--

23.3. Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e o número de BENEFICIÁRIOS vinculados no ato da contratação, sendo que qualquer alteração destes itens implicará consequente repactuação dos valores devidos.

23.4. Tal como preceitua a legislação, o SSI Saúde se compromete informar à ANS a aplicação de reajuste ao presente regulamento, bem como divulgá-lo em seu portal corporativo na internet.

23.5. As partes estabelecem também que:

- a) o presente Regulamento não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses;
- b) independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do Regulamento - AGOSTO, entendendo-se esta como data base única;
- c) não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de cada grupo de beneficiários vinculado a cada uma das pessoas jurídicas PATROCINADORAS participantes deste Regulamento.

24. FAIXAS ETÁRIAS

24.1. O valor das mensalidades é estabelecido de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado.

§ Único - Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente, no mês subsequente do aniversário do beneficiário.

24.1.1. As faixas etárias para fins deste Regulamento são:

- 1.^a - De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 2.^a - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 3.^a - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 4.^a - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 5.^a - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 6.^a - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 7.^a - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 8.^a - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 9.^a - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; e,
- 10.^a - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

24.2. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados pelo SSI Saúde, observadas as seguintes condições: o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e sétima faixas.

24.3. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança da faixa etária corresponderá aos percentuais indicados abaixo, incidindo sempre sobre o preço correspondente a faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual das mensalidades:

Faixa Etária	Percentual Reajuste
0 a 18 anos	0,00%
19 a 23 anos	14,97%
24 a 28 anos	18,45%
29 a 33 anos	22,73%
34 a 38 anos	15,03%
39 a 43 anos	16,01%
44 a 48 anos	28,40%
49 a 53 anos	30,00%
54 a 58 anos	36,54%
59 anos ou mais	40,26%

25. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

25.1. O SSI Saúde assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde, decorrente de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos beneficiários dependentes a ele vinculados nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto a esta operadora de planos de saúde o pagamento integral das mensalidades que antes era de responsabilidade da pessoa jurídica PATROCINADORA a qual estava vinculado, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução Normativa – RN/ANS nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

25.2. O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

25.3. O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

25.4. A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

25.5. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da

comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN/ANS nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

25.6. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos recém-nascidos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN/ANS nº 279, de 2011);

25.7. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN/ANS nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

25.8. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN/ANS nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações).

25.9. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos neste Regulamento (parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN/ANS nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso 35 II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN/ANS nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN/ANS nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

25.10. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN/ANS nº

279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN/ANS nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

26. DAS RESPONSABILIDADES

26.1. Será de responsabilidade do EX-EMPREGADO o pagamento da contraprestação em seu nome e de seus respectivos dependentes vinculados, nos termos previstos em plano específico destinado aos ex-empregados (inativos).

26.2. Será de responsabilidade das pessoas jurídicas PATROCINADORAS informar seus respectivos empregados, em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como BENEFICIÁRIO do plano específico para ex-empregados (inativos), para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.

26.2.1. Fica a critério do SSI Saúde a disponibilização de plano de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, sendo que neste caso, as mensalidades serão reajustadas anualmente, considerando a totalidade da carteira de planos exclusivos para ex-empregados, e o respectivo percentual será divulgado em sua página na Internet.

26.3. É de responsabilidade da pessoa jurídica PATROCINADORA disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS a tabela de preços de seu custo por faixa etária, mesmo que as partes tenham acordado valores inferiores a estes, bem como apresentar a tabela de preços, por faixa etária, das mensalidades em caso de gozo do benefício nos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/98.

26.3.1. A referida tabela será reajustada anualmente, na mesma periodicidade e percentual aplicado aos demais preços.

27. CONDIÇÃO DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

27.1. O BENEFICIÁRIO será excluído deste Regulamento, mediante prévia comunicação, quando:

- a) por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- b) o BENEFICIÁRIO TITULAR perder o vínculo com a pessoa jurídica PATROCINADORA a qual está vinculado, sendo resguardado o direito de continuidade no plano exclusivo de APOSENTADOS disponibilizado pelo SSI Saúde, nos termos deste regulamento e em conformidade com os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;
- c) se a pessoa jurídica PATROCINADORA, por qualquer motivo, se retirar do SSI Saúde.

d) dependentes de 21 a 24 anos incompletos que não comprovarem escolaridade periodicamente.

27.2. As exclusões de BENEFICIÁRIOS deverão ser comunicadas pela pessoa jurídica PATROCINADORA.

27.3. É de responsabilidade da pessoa jurídica PATROCINADORA solicitar a suspensão ou exclusão dos BENEFICIÁRIOS titulares e dependentes do plano, com exceção dos seguintes casos, em que o SSI Saúde poderá realizá-la a seu livre critério:

- a) fraude; ou
- b) perda do vínculo do BENEFICIÁRIO TITULAR com a pessoa jurídica PATROCINADORA ou do vínculo de dependência em relação ao titular.
- c) beneficiário titular comprovar solicitação de sua exclusão e/ou de seus dependentes junto à pessoa jurídica PATROCINADORA e esta não comunicar ao SSI Saúde em até 30 (trinta) dias.

27.4. A exclusão do BENEFICIÁRIO TITULAR cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

27.5. O encerramento da operação do PLANO SSI se dará de acordo com o Estatuto do SSI SAÚDE.

28. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. Integram este Regulamento, para todos os fins de direito, o Termo de Adesão assinado pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e eventuais aditivos que venham a ser celebrados entre as partes.

28.2. Para fins de controle, o SSI Saúde poderá exigir que o BENEFICIÁRIO assine os formulários indicados, reconhecendo a realização dos serviços prestados pela REDE CREDENCIADA.

28.3. O SSI Saúde não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

28.4. O BENEFICIÁRIO que optar por acomodação superior àquela garantida por este

Regulamento – Coletiva, pagará diretamente ao hospital e aos profissionais que o atenderem, os valores adicionais das despesas decorrentes.

28.5. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados do SSI Saúde, o BENEFICIÁRIO poderá efetuar um registro formal pelos meios: presencial, via telefone, eletrônico (site e e-mail).

28.6. Qualquer tolerância não implica perdão, renovação, renúncia ou alteração do pactuado.

28.7. O BENEFICIÁRIO TITULAR reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com o SSI Saúde, mesmo em caso de atendimento por outras empresas.

28.8. As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução N° 1931/09 do Conselho Federal de Medicina.

28.9. O BENEFICIÁRIO TITULAR, por si e seus dependentes, autoriza o SSI Saúde a prestar todas as informações de natureza cadastral ou não, quando solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

28.10. É obrigação do BENEFICIÁRIO TITULAR comunicar de forma presencial ou no site do SSI www.ssisaude.com.br qualquer alteração dos dados cadastrais, inclusive mudança de endereço. Assim não procedendo, estará isentando o SSI Saúde de qualquer responsabilidade ou consequência por falha de comunicação.

28.11. Este regulamento foi elaborado em conformidade com a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi pactuado, poderá ensejar ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

28.12. Este Regulamento e seus anexos somente poderão ser alterados mediante aprovação do Conselho Deliberativo do SSI Saúde.

28.13. Os casos omissos ou de dúvidas na interpretação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Executiva, cabendo recurso ao respectivo Conselho Deliberativo do SSI Saúde.

28.14. É de responsabilidade conjunta das pessoas jurídicas PATROCINADORAS, o suporte financeiro pelo contingente da utilização do PLANO SSI.

28.15. Ficam sem efeito todas as publicações e informações dispostas anteriormente no Regulamento do Beneficiário.

29. ELEIÇÃO DO FORO

29.1. Fica eleito o foro do domicílio do BENEFICIÁRIO TITULAR para dirimir qualquer demanda sobre o presente regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



Caxias do Sul, Janeiro de 2019.

Daniel Martin Ely
Diretor-Presidente



Caixa de Assistência Sistema
Saúde Integral - SSI Saúde

📍 Rua Bento Gonçalves, 2764
Caxias do Sul - RS | CEP: 95020-412

☎ 54 3204.4500

📘 facebook.com/ssisaude

🌐 ssisaude.com.br

ANS-32.082-0