

PLANO ALFA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DA ASSOCIAÇÃO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DA BAHIA (APUB-SSind)

Capítulo I Da Assistência Médico-Hospitalar

Art. 1º - A APUB-SSind institui, por este Regulamento, o seu plano privado de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, cujas normas foram aprovadas por sua Assembléia Geral, em harmonia com a legislação vigente.

Parágrafo 1º: Poderão ser beneficiários do Plano de Saúde os associados da APUB-SSind e respectivos dependentes, definidos no Art. 10 deste regulamento, resguardados os direitos dos associados inscritos até 2005.

Parágrafo 2º: A APUB poderá instituir novos planos de autogestão, não patrocinados ou patrocinados total ou parcialmente, por organizações governamentais.

Parágrafo 3º: A modificação deste regulamento dependerá de aprovação em Assembléia Geral da APUB-SSind, em cuja convocação este item esteja previamente incluído.

Art. 2º - O Plano de Saúde tem por objetivo promover assistência médico-ambulatorial, hospitalar e obstétrica, pelo sistema de atendimento direto, junto a estabelecimentos e profissionais credenciados ou pelo reembolso de despesas, mediante contraprestação pecuniária, na forma, condições e limites aqui estabelecidos.

Parágrafo único: Estão incluídos na cobertura assistencial oferecida pelo Plano de Saúde APUB, através de sua rede credenciada para atendimento e cobertura de procedimentos previstos no rol definido pela ANS, os seguintes serviços:

- I. Consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, desde que solicitados pelo médico assistente;
- III. Internações hospitalares, em clínicas básicas especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, por recomendação do médico assistente;
- IV. Internações hospitalares em Centros de Terapia Intensiva ou similares, a critério do médico assistente;
- V. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica; custeio de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, bem como os honorários pelos serviços realizados durante o período de internação hospitalar;
- VI. Taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, segundo critérios acordados previamente com o credenciado.
- VII. Acompanhamento pré-natal e parto;



VIII. Assistência ao recém-nascido, filho consanguíneo ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento, quando o titular tiver cumprido 300 (trezentos) dias de carência;

IX. Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho consanguíneo ou adotivo do beneficiário, no Plano de Saúde, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do nascimento, quando o titular tiver cumprido 300 (trezentos) dias de carência;

X. Remoção inter-hospitalar, por via terrestre, quando comprovadamente necessária, nos limites da abrangência geográfica do Plano, descritos no Art. 11º deste regulamento.

Art. 3º - A cobertura dos procedimentos acima mencionados inclui os seguintes itens:

01. CONSULTA MÉDICA
02. LABORATÓRIO CLÍNICO E ANATOMO-PATOLÓGICO
03. TESTES ALÉRGICOS
04. ELETROCARDIOGRAMA
05. ECOCARDIOGRAMA
06. TESTE ERGOMÉTRICO
07. HOLTER
08. M.A.P.A. (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL)
09. ELETROENCEFALOGRAMA
10. ENDOSCOPIA PERORAL E DIGESTIVA
11. FISIOTERAPIA
12. HEMOTERAPIA
13. PROVAS DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
14. INALOTERAPIA
15. QUIMIOTERAPIA
16. MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIA)
17. RADIODIAGNÓSTICO
18. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
19. RADIOTERAPIA
20. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
21. ANGIOLOGIA – CIRURGIA VASCULAR E LINFÁTICA
22. CIRURGIA CARDÍACA – HEMODINÂMICA
23. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
24. DERMATOLOGIA CLÍNICO-CIRÚRGICA
25. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL
26. CIRURGIA ENDOCRINOLÓGICA
27. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – DIAGNOSE, TERAPIA E CIRURGIA
28. CIRURGIA DE MAMA (NÃO ESTÉTICA)
29. CIRURGIA DA MÃO
30. NEUROCIRURGIA
31. OFTALMOLOGIA – DIAGNOSE, TERAPIA E CIRURGIA (EXCETO PARA CORREÇÃO DA REFRAÇÃO EM GRAU INFERIOR A SETE)
32. OTORRINOLARINGOLOGIA – DIAGNOSE, TERAPIA E CIRURGIA
33. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
34. CIRURGIA PEDIÁTRICA



35. CIRURGIA PLÁSTICA NÃO ESTÉTICA
36. CIRURGIA TORÁCICA
37. UROLOGIA – DIAGNOSE, TERAPIA E CIRURGIA
38. ANESTESIOLOGIA
39. NEFROLOGIA (EXCETO PARA DIÁLISE E HEMODIÁLISE EM DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS)
40. ULTRASSONOGRRAFIA
41. PSICOTERAPIA
42. MAMOGRAFIA
43. DENSITOMETRIA
44. FONOAUDIOLOGIA

Parágrafo 1º - Para os exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia do Plano de Saúde, o mesmo emitirá guia correspondente, após avaliação técnica e/ou administrativa, ficando vedado ao beneficiário agendar tais procedimentos sem posse da guia; esta deverá ser solicitada com, no mínimo, 48 horas de antecedência.

Parágrafo 2º: Toda despesa não autorizada será de total responsabilidade do filiado.

Parágrafo 3º - Todos os procedimentos previstos no caput deste artigo devem estar descritos no rol de procedimentos definido pela ANS, referencial de cobertura do Plano, sendo adotada a Tabela CBHPM como referencial de preços, inclusive de honorários médicos.

Parágrafo 4º - A cobertura de eventos relacionados a patologias mentais e dependência química ou toxicológica em regime de internamento segue as normas estabelecidas pelas Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar N.º 11 e N.º 15, limitando-se a:

- I. Custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- II. Custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação e parcial de até 15 (quinze) dias adicionais, por ano de contrato não cumulativos, em clínica especializada, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Art. 4º - Excluem-se da assistência prevista neste Regulamento:

- I. Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos (legalmente proibidos ou desaconselhados pelos códigos de ética das profissões da área de saúde);
- II. Tratamentos estéticos, sejam estes clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, inclusive sob a forma de duchas, massagens, saunas, ou outros procedimentos de mesma natureza e com fins análogos;
- III. Custeio de medicamentos para tratamento domiciliar, bem como enfermagem e fisioterapia particular e atendimento domiciliar, exceto em casos de internamento domiciliar gerenciado pelo plano;
- IV. Remoção de pacientes, exceto em casos de traslado inter-hospitalar, por indicação médica comprovada, por via terrestre e dentro da área de abrangência geográfica do Plano;
- V. Custeio de aparelhos ortopédicos, de surdez, óculos, lentes de contato, dispositivos intrauterinos (DIU) e vacinas;



- VI. Custeio de órteses, próteses e seus acessórios, salvo quando ligados ao ato cirúrgico e desde que não tenham finalidade estética; VII. Tratamentos e serviços não reconhecidos pelo CREMEB e pela ABM;
- VII. Tratamentos e serviços não reconhecidos pelo CREMEB e pela ABM;
- VIII. Os extraordinários de contas hospitalares, tais como: telefonemas, jornais, TV, frigobar, lavagem de roupas, frutas, objetos destruídos ou danificados, alimentos, bebidas, e outras despesas de caráter pessoal ou particular, realizados pelo paciente ou por seus acompanhantes;
- IX. Tratamentos de repouso, recuperação física ou mental, rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética em Spas, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas ou asilos para acolhimento de idosos;
- X. Eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados diretamente a doenças e lesões pré-existentes à data do ingresso do beneficiário no Plano de Saúde, desde que identificadas e comprovadas no período de 24 (vinte e quatro) meses subseqüentes ao ingresso;
- XI. Consultas, avaliações, sessões, tratamentos e quaisquer outros procedimentos de Medicina Ortomolecular, Logopedia, Sonoterapia, Testes Psicológicos e Terapia Ocupacional;
- XII. Cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social, mesmo que justificados por uma causa médica, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão de acidente pessoal ocorrido na vigência do contrato;
- XIII. Investigação diagnóstica sem indicação médica;
- XIV. Tratamentos experimentais clínicos ou cirúrgicos;
- XV. Medicamentos importados, salvo aqueles considerados indispensáveis pelo médico assistente, regulamentados pela ANVISA e quando comprovada a inexistência de similares nacionais;
- XVI. Cirurgias ou tratamentos para infertilidade ou esterilidade; cirurgias para solução de problemas de disfunção erétil, esterilização ou controle de natalidade, bem como suas conseqüências ou seqüelas;
- XVII. Cirurgias para tratamentos de miopia, astigmatismo e de outras falhas de refração, exceto no caso de cirurgias refrativas para pessoas com grau de miopia igual ou superior a 7, unilateral ou bilateral;
- XVIII. Tratamento odontológico, exceto cirurgia buco-maxilo-facial, quando realizada em regime de internação hospitalar e por médico especialista;
- XIX. Despesas com transplantes e implantes ou doação de órgãos, à exceção de córnea e rim;
- XX. Necropsia, preparo de cadáver ou despesas afins;
- XXI. Hemodiálise e diálise em regime ambulatorial;
- XXII. Exames e procedimentos de terapia genética, testes ou diagnósticos genéticos;
- XXIII. Despesas com atividades de condicionamento físico, RPG (reeducação de postura global), hidroterapia, pilates e acupuntura;
- XXIV. Aluguel de aparelhos ou equipamentos de uso domiciliar, salvo em casos de internamento domiciliar gerenciado pelo plano e por indicação do médico assistente deste serviço;
- XXV. Tratamentos e cirurgias de terceiros por danos causados pelos beneficiários;
- XXVI. Exames médicos e complementares de natureza ocupacional – admissional, periódico ou demissional;
- XXVII. Tratamentos ou procedimentos decorrentes de cataclismos, guerras, conflitos ou comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

Art. 5º - Ficam fixados os seguintes períodos de carência:

- I. Consultas e exames laboratoriais: 30 (trinta) dias;



- II. Demais exames: 90 (noventa) dias;
- III. Cirurgias: 180 (cento e oitenta) dias;
- IV. Internamentos clínicos: 180 (cento e oitenta) dias;
- V. Casos de urgência e emergência: 24 (vinte e quatro) horas;
- VI. Consulta pré-natal: 30 (trinta) dias;
- VII. Parto: 300 (trezentos) dias;
- VIII. Tratamentos de quimioterapia, radioterapia, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e escleroterapia: 180 (cento e oitenta) dias;
- IX. Remoção inter-hospitalar de paciente: 180 (cento e oitenta) dias;
- X. Procedimentos especiais: 180 (cento e oitenta) dias;
- XI. Doenças pré-existentes: 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafo 1o – São considerados exames (procedimentos) especiais: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia diagnóstica, histeroscopia diagnóstica, mapeamento com tálio ou gálio, colonoscopia, angiografia, cintilografia (constantes no capítulo Medicina Nuclear da tabela CBHPM), cateterismo hemodinâmico/cardíaco, litotripsia extracorpórea e densitometria óssea.

Parágrafo 2o – No caso de doença pré-existente o plano de saúde custeará apenas as despesas referentes às primeiras 12 (doze) horas de admissão do paciente em atendimento de urgência/emergência efetuado no decorrer do período de carência, sendo de responsabilidade do beneficiário a cobertura financeira subsequente, salvo no que concerne a consultas e exames não relacionados no item X do Art. 4º e uma vez cumpridos os respectivos prazos de carência.

Parágrafo 3o – Ficarà desobrigado do cumprimento das carências o dependente filho(a), natural ou adotivo(a), do beneficiário, quando for inscrito no Plano no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento e quando o titular tiver cumprido 300 dias de carência.

Parágrafo 4º - Ficarà desobrigado de inscrição, pelo período de até 30 (trinta) dias após o nascimento, o filho(a) consangüíneo ou adotivo(a), do beneficiário no gozo de seus direitos.

Parágrafo 5º - É assegurada a inscrição de filho(a) adotivo(a) menor de 12 anos com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular.

Parágrafo 6º - Não será aceita a inscrição de paciente internado.

Parágrafo 7º - Não terá carência o atendimento necessário de acidente pessoal devidamente comprovado.

Art. 6º - Durante internação hospitalar, o Plano de Saúde da APUB-SSind será responsável pelo pagamento de honorários médicos de apenas um profissional por especialidade, quando constatada a impossibilidade técnica de acompanhamento pelo médico assistente.

Art. 7º - O filiado e seus dependentes somente farão jus aos serviços previstos neste Regulamento quando:

- I. Aprovada a respectiva inscrição pela Direção da APUB-SSind;
- II. Cumpridas suas obrigações financeiras perante o Plano de Saúde.

Capítulo II

Das Participações do Associado

Art. 8º As coberturas assistenciais relatadas neste Regulamento, encontram-se sujeitas as seguintes participações que incidem sobre faturas e recibos, inclusive de honorários médicos:

I. Consultas: a partir da 7ª (sétima) até a 12ª (décima segunda) consulta, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 10% (dez por cento) dos custos, por consulta; a partir da 13ª (décima terceira) consulta, inclusive, por ano, a participação será de 40% (quarenta por cento) dos custos, por consulta;

II. Exames laboratoriais: a partir do 24º (vigésimo quarto) até o 48º (quadragésimo oitavo) exame, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 20% (vinte por cento) dos custos por exame; a partir do 49º (quadragésimo nono) exame, inclusive, a participação será de 40% (quarenta por cento) dos custos por exame;

III. Exames anatomopatológicos: a partir do 3º (terceiro) exame, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 40% (quarenta por cento);

IV. Exames de apoio diagnóstico, inclusive por imagem, exceto os especiais citados no item V deste artigo: a partir do 7º (sétimo) exame, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 40% (quarenta por cento) dos custos por exame;

V. Exames (procedimentos) especiais: a partir do 3º (terceiro) procedimento, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir a participação de 40% (quarenta por cento) por utilização, exceto no caso de densitometria óssea, cujo limite de utilização sem co-participação será de um procedimento a cada dois anos, salvo em casos específicos por recomendação da equipe médica do plano;

VI. Fonoaudiologia: a partir da 13ª (décima terceira) sessão, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir 40% (quarenta por cento) dos custos por sessão;

VII. Psicoterapia: a partir da 13ª (décima terceira) sessão, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir 40% (quarenta por cento) dos custos por sessão;

VIII. Fisioterapia: a partir da 20ª (vigésima) sessão (inclusive) por ano, para cada patologia, exceto para os casos de acidentes pessoais e cirurgias traumatológicas, o beneficiário deverá assumir 40% (quarenta por cento) dos custos por sessão;

XIX. Escleroterapia: A partir da 13ª (décima terceira) sessão, inclusive, por ano, o beneficiário deverá assumir 40% (quarenta por cento) dos custos por sessão.

X. Internação por dependência química ou alcoolismo: a partir do 16º dia, inclusive, até o 30º dia, inclusive, o beneficiário deverá assumir a participação de 50% (cinquenta por cento) dos custos totais por dia de internação.

Parágrafo 1º - Para efeito de cobrança de co-participação, consideram-se procedimentos especiais aqueles definidos no parágrafo 1º do Artigo 5º deste regulamento.

Parágrafo 2º - A contagem dos procedimentos prevista neste artigo será realizada entre 01 de janeiro a 31 de dezembro, sendo zerada para todo associado a cada início de ano, independente da data do seu ingresso no plano.

Parágrafo 3º - No ano de ingresso, o número de procedimentos a que tem direito o associado é proporcional ao seu tempo de filiação ao plano.



Parágrafo 4º - O repasse da participação do associado será realizado junto com a cobrança das mensalidades do Plano, dispensando a prévia autorização para o desconto.

Parágrafo 5º - Os casos de pagamento de co-participação que o associado julgar indevidos serão, a partir de solicitação escrita encaminhada pelo beneficiário titular no prazo de até 6 (seis) meses após o vencimento do débito, objeto de avaliação do setor de faturamento do Plano, em até 30 (trinta) dias, e posterior ressarcimento quando for o caso.

Parágrafo 6º - A contagem dos exames será por ordem cronológica e, na mesma fatura, a coparticipação incidirá sobre os exames mais baratos.

Parágrafo 7º - A cobrança da co-participação não incidirá sobre exames realizados por beneficiários em regime de internação hospitalar.

Parágrafo 8º - A co-participação sobre exames será de 20% (vinte por cento) para os beneficiários maiores de 60 (sessenta) anos.

Parágrafo 9º: A cobertura assistencial relativa a procedimentos de escleroterapia é assegurada somente quando estes forem indicados por finalidade terapêutica (não estética).

Art. 9º - Será de inteira responsabilidade dos beneficiários titulares *a integralidade* das despesas resultantes de procedimentos não previstos neste regulamento e estranhas ao tratamento médico, inclusive as efetuadas por visitantes ou acompanhantes.

Capítulo III Da filiação

Art. 10º - A filiação ao Plano de Saúde é facultada aos associados da APUB-SSind, na forma do presente Regulamento, após aprovação pelo Conselho de Administração do Plano.

Parágrafo 1º - A qualquer tempo o filiado poderá inscrever no Plano de Saúde na categoria de dependente:

- I. O cônjuge;
- II. Os filhos, enteados e adotados menores de 24 (vinte e quatro) anos;
- III. Os netos.

Parágrafo 2º - A aceitação do pedido de inscrição dos dependentes de que trata este artigo pressupõe a aprovação do Conselho de Administração do Plano de Saúde, chancelada pela direção da APUBSSind.

Parágrafo 3º - Equipara-se à condição de cônjuge a companheira ou companheiro, assim entendido aquele que seja formalmente e por escrito indicado como tal pelo associado titular.

Parágrafo 4º - Para a inscrição, é obrigatória a declaração escrita do filiado sobre o seu estado de saúde, bem como dos seus dependentes, cabendo à direção da APUB-SSind determinar a perícia médica que entender necessária e ao titular a responsabilidade pela veracidade das informações, sob pena de medidas legais cabíveis, em caso de informações inverídicas ou omissões.

Art. 11 - O âmbito geográfico de cobertura do Plano de Saúde APUB-SSind abrange as cidades baianas de Salvador, Feira de Santana, Cruz das Almas, Lauro de Freitas e Santo Antônio de Jesus.

Parágrafo 1º - Fica assegurado o reembolso de despesas médicas hospitalares efetuadas pelo beneficiário no território nacional, nas condições previstas neste Regulamento.

Parágrafo 2º - Quando possível, a abrangência do Plano de Saúde alcançará outros estados da federação, mediante convênio de reciprocidade com outras entidades, inclusive de autogestão.

Art. 12 - O filiado titular é responsável pela totalidade das obrigações financeiras decorrentes deste Regulamento, inclusive as que sejam resultantes de serviços prestados aos seus dependentes.

Parágrafo 1º - O filiado terá suspenso o direito à assistência objeto deste Regulamento quando deixar de cumprir por mais de 60 (sessenta) dias as obrigações financeiras pertinentes ao Plano.

Parágrafo 2º - A suspensão do direito atinge também os dependentes do filiado suspenso.

Art. 13 - O filiado e seus dependentes serão excluídos do Plano de Saúde nas seguintes hipóteses:

I. Por sua própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito formulada com antecipação de 30 (trinta) dias;

II. Por fraude comprovada;

III. Por eliminação do quadro associativo da APUB-SSind, ou de entidade de classe congênere conveniada no caso dos filiados até 2005;

IV. Por atraso no pagamento das contribuições mensais superior a 90 (noventa) dias, sem liquidação do débito existente perante o Plano de Saúde.

Parágrafo 1º - Nas hipóteses do inciso II deste artigo a penalidade atingirá a pessoa que lhe der causa.

Parágrafo 2º - A eliminação do filiado dos quadros da APUB-SSind ou de entidade de classe conveniada implicará a exclusão automática de seus dependentes.

Art. 14 - Na hipótese de falecimento do filiado, um de seus dependentes legais ou o cônjuge supérstite poderá manter-se no Plano de Saúde, juntamente com seus dependentes inscritos, na condição de titular, desde que se enquadre nas exigências do Regimento da APUB-SSind, e apresente em 30 (trinta) dias, contados a partir da morte do filiado, requerimento acompanhado do atestado de óbito do mesmo, bem como assuma o compromisso de cumprir todas as obrigações financeiras previstas neste Regulamento.

Parágrafo 1º - Será excluído do Plano de Saúde o cônjuge supérstite que, não filiado à APUB ou Sindicato conveniado, tendo assumido a condição de titular, venha a contrair novas núpcias.

Parágrafo 2º - A falta de comunicação do novo estado civil constitui fraude contra o Plano de Saúde e implica o pagamento integral de todas as despesas a que o cônjuge supérstite, convertido em titular, na forma deste artigo, tiver dado causa, desde a data do novo matrimônio, com os acréscimos cabíveis.

Parágrafo 3º - No caso de falecimento do cônjuge supérstite, poderão permanecer no Plano de Saúde, na condição anterior à da ocorrência do óbito, os demais dependentes inscritos, se dentro do prazo de

30 (trinta) dias, contado da data do falecimento, o tutor ou curador manifestar expressamente o desejo de manter o vínculo com o Plano de Saúde, por meio de:

- I. Termo de responsabilidade financeira firmado perante APUB-SSind;
- II. Comprovação, no mesmo ato, de haver manifestado em juízo, sua intenção de assumir a tutela ou curatela dos mesmos;
- III. Apresentação, no prazo fixado pela APUB-SSind, de certificado de tutela ou curatela.

Art. 15 - Por ocasião da filiação ao Plano de Saúde, será cobrada como taxa de inscrição a importância correspondente a uma vez o valor total da contribuição assumida pelo titular, em decorrência da sua inscrição e dos seus dependentes, além da contribuição do mês, que será antecipada.

Parágrafo único: Sempre que houver inclusão de novos dependentes será cobrada a taxa de inscrição correspondente.

Capítulo IV Do Sistema de Contribuição

Art. 16 - A contribuição financeira ordinária dos beneficiários será realizada em valores mensais estabelecidos e aprovados em Assembléia Geral da APUB-SSind, conforme a tabela por faixas etárias definidas abaixo.

Faixas de Idade (anos) Mensalidade (R\$)

Até 17
18 a 30
31 a 50
51 a 60
61 a 65
66 a 70
71 ou mais

Parágrafo 1º - A mensalidade paga pelos beneficiários poderá ser acrescida, em caráter extraordinário e por período limitado, de taxa extra aprovada por Assembléia Geral, uma vez que se comprove déficit operacional provocado por aumento excepcional das despesas assistenciais ou mudança nas normas estabelecidas pela ANS para o cálculo de reservas de risco e operacional.

Parágrafo 2º - A cobrança de taxas extras será sempre realizada através de rateio *per capita*, sem discriminação entre beneficiários titulares e dependentes.

Art. 17 - Os reajustes das mensalidades somente ocorrerão em função de comprovado aumento de custos.

Art. 18 - O Plano de Saúde da APUB-SSind divulgará, semestralmente, balanço patrimonial e demonstrativo de resultados e, mensalmente, demonstrativo de fluxo de caixa anualizado.

Capítulo V

Do movimento financeiro

Art. 19 - O filiado obriga-se a pagar:

- I. Taxa de inscrição, conforme disposto no Art 15;
- II. O valor das contribuições mensais, conforme disposto no Art. 16;
- III. O valor da despesa de sua responsabilidade que exceder os limites previstos neste Regulamento;
- IV. Taxas extras aprovadas por Assembléia Geral nos termos dos parágrafos 1º e 2º do Art. 16.

Art. 20 - O recolhimento de débito de responsabilidade do filiado será feito, a critério da Direção da APUB-Ssind, mediante:

- I. Desconto em conta corrente; ou
- II. Carnê de pagamento na rede bancária autorizada.

Parágrafo 1º - O não pagamento no prazo de vencimento implicará cobrança de multa correspondente a 2% (dois por cento) do valor devido, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e atualização do débito original, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC-IBGE), mês a mês.

Parágrafo 2º - Para fins de pagamento das contribuições, será considerado o dia do crédito de vencimentos ou proventos do filiado ou aquele consignado nos carnês.

Parágrafo 3º - O recolhimento do débito de responsabilidade do filiado será sempre feito sobre o total devido, incluindo-se neste mensalidades, co-participações e eventuais taxas extras, não sendo direito do filiado o fracionamento da dívida com vista a pagamento parcial.

Art. 21 - As notificações de débitos correspondentes a valores excedentes às contribuições previstas neste Regulamento serão encaminhadas por escrito ao filiado para seu conhecimento.

Art. 22 - Para a garantia do Plano de Saúde, será constituído um Fundo de Reserva destinado à cobertura de provisões operacional e de risco, conforme exigidas pela RDC n.º 77 e pela RN nº 94 da ANS, para o qual poderão ser encaminhados recursos provenientes de:

- I. Taxas de inscrição;
- II. Indenizações;
- III. Receitas de aplicações financeiras;
- IV. Excedente das contribuições apuradas no final de cada mês;
- V. Bem móveis e imóveis integrantes do seu patrimônio;
- VI. Taxas extras eventualmente fixadas nos termos dos parágrafos 1º e 2º do Art. 16 deste Regulamento.

Art. 23 - Fica vedada a utilização do Fundo de Reserva para outros fins estranhos aos serviços previstos neste Regulamento.

Art. 24 - A movimentação dos recursos financeiros do Plano de Saúde será feita em conta bancária individualizada, desvinculada dos demais recursos financeiros da APUB-SSind.

Capítulo VI

Dos convênios de prestação de serviços

Art. 25 - Os contratos de prestação de serviços médico-hospitalares firmados pelo Plano de Saúde deverão ser assinados pelo Presidente da APUB-SSind, ou por outro Diretor delegado por este.

Art. 26 - Para aprovação dos convênios de prestação de serviços, serão considerados:

- I. A qualidade dos serviços;
- II. A necessidade dos serviços a serem prestados;
- III. O número de entidades conveniadas na especialidade;
- IV. A localização do estabelecimento;
- V. Os preços praticados pela entidade candidata ao convênio.

Parágrafo único: A celebração do convênio será obrigatoriamente precedida de diligência na entidade interessada por Diretor da APUB-SSind ou preposto por ele designado.

Art. 27 - A fiscalização da assistência prestada nos termos deste Regulamento será procedida por Diretor da APUB-SSind, ou por pessoas especialmente designadas para esse fim e, ainda, pelos seus filiados.

Parágrafo único: Constatada qualquer irregularidade ou inadequação do serviço, será instaurada sindicância por ato do Presidente da APUB-SSind.

Art. 28 - As alterações ocorridas no quadro de conveniados serão comunicadas aos filiados por correio eletrônico, através da página da APUB na Internet ou mediante carta enviada pelo Plano para aqueles que não optarem por correio exclusivamente eletrônico.

Art. 29 - As entidades conveniadas poderão ser mantidas pelo Plano de Saúde desde que atendam as exigências técnicas, as normas sanitárias em vigor e mantenham níveis de preços compatíveis com o tipo de serviço demandado pelo APUB-SSind e os valores praticados por concorrentes de mesmo porte e qualidade.

Parágrafo Único: Poderá haver substituição da entidade conveniada por outra do mesmo porte e nível de qualidade, mediante comunicação ao filiado e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência.

Capítulo VII

Da utilização dos serviços

Art. 30 - O filiado e seus dependentes serão atendidos por entidades ou profissionais conveniados de sua escolha, mediante apresentação da sua carteira de usuário, acompanhada de um documento de identidade.

Parágrafo 1º - A substituição da carteira do usuário será feita no mês de julho de cada ano.

Parágrafo 2º - Em caso de perda ou extravio da carteira de usuário, o associado deverá dirigir-se à sede do Plano para emissão da segunda via, cujos custos serão de sua responsabilidade.

Parágrafo 3º - Em caso de internamento, o usuário terá direito a apartamento privativo, com banheiro exclusivo, leito para acompanhante e uso de telefone para recepção de chamadas telefônicas.

Art. 31 - O filiado responderá integralmente pelo ônus decorrente da contratação de honorários médicos e outros serviços, em entidades conveniadas e não conveniadas, em caso de omissão de sua condição de inscrito no Plano de Saúde.

Art. 32 - O atendimento de urgência e emergência poderá ser feito mediante simples apresentação da carteira de usuário do Plano de Saúde ao prestador do serviço.

Parágrafo 1º - Nos casos em que houver necessidade de internamento, a guia só será emitida se o beneficiário tiver cumprido as carências relativas ao período de internação, observando-se, inclusive, a pré-existência de doenças, nos termos do Art. 5º deste Regulamento.

Parágrafo 2º - O prestador do serviço poderá solicitar ao beneficiário a assinatura de um termo de responsabilidade, com o qual este se compromete com o pagamento de todas as despesas médicohospitalares não cobertas pelo Plano APUB Saúde.

Art. 33 - Após ser atendido, o usuário ou acompanhante responsável deverá conferir e assinar a respectiva fatura dos serviços prestados.

Art. 34 - A APUB-SSind e o seu Plano de Saúde não se responsabilizam pelo insucesso do tratamento médico ou hospitalar, erro médico de qualquer natureza, por eventual acidente operatório ou por dano supostamente ocasionado por medicamento.

Capítulo VIII Do reembolso das despesas

Art. 35 - Serão reembolsadas, na forma e dentro das limitações deste Regulamento, as despesas médico-hospitalares efetuadas em entidades não conveniadas, situadas no território nacional, pelo filiado ou seus dependentes.

Parágrafo 1º - O reembolso previsto neste artigo será feito pelos valores definidos na tabela de referência para honorários médicos, CBHPM, e na tabela de diárias e taxas do APUB Saúde para serviços ambulatoriais e hospitalares;

Parágrafo 2º - O reembolso será solicitado em impresso padronizado e instruído com o original da fatura ou recibo;

Parágrafo 3º - O reembolso será efetuado no dia 15 (quinze) do mês subsequente para os pedidos feitos até o dia 15 (quinze) de cada mês, mediante crédito em conta bancária do filiado titular;

Parágrafo 4º - O reembolso só será efetuado a partir da apresentação pelo filiado titular das notas fiscais e/ou recibos originais relativas às despesas a serem reembolsadas.

Art. 36 - O filiado pagará diretamente os serviços médicos prestados por entidade ou profissional não conveniados, quando a necessidade deste atendimento surgir durante a internação em hospital conveniado, e solicitará reembolso nos termos deste Regulamento.

Capítulo IX Da Administração

Art. 37 - O Plano de Saúde será supervisionado por um Conselho de Administração composto pelos seguintes membros:

- I. Dois representantes da diretoria da APUB-SSind;
- II. Três representantes e seus suplentes eleitos pela Assembléia Geral da APUB-SSind, pelo prazo de dois anos.

Parágrafo 1º - O Conselho de Administração reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada mês e extraordinariamente quando necessário, com o quorum mínimo de 03 (três) dos seus membros.

Parágrafo 2º - As deliberações do Conselho serão tomadas pela maioria simples de seus membros.

Parágrafo 3º - Na hipótese de renúncia ou após três faltas consecutivas ou sete alternadas às reuniões do Conselho, o representante deverá ser substituído no prazo máximo de 30 (trinta) dias pela Diretoria ou pelo suplente eleito pela Assembléia Geral da APUB-SSind, conforme o caso.

Parágrafo 4º - O substituto completará o mandato do representante substituído.

Parágrafo 5º — Os sindicatos conveniados até 2005 poderão designar representantes, titulares e suplentes, por mandato de duração idêntica ao dos representantes da APUB e com direito a voz no Conselho de Administração.

Art. 38 - Compete ao Conselho de Administração:

- I. Zelar pela aplicação das determinações estabelecidas neste Regulamento;
- II. Decidir sobre os casos não previstos neste Regulamento.

Parágrafo 1º: Das decisões do Conselho de Administração, cabem recurso à Assembléia Geral da APUB.

Art. 39 – No exercício de suas funções, o Conselho de Administração deverá:

- I. Reunir-se, ao menos uma vez por mês, para avaliar o desempenho operacional e financeiro do mês anterior;
- II. Examinar e dar encaminhamento às solicitações e reclamações de beneficiários;
- III. Proceder à avaliação da direção médica e administrativa e do corpo técnico do Plano;
- IV. Propor à Diretoria da APUB a admissão ou demissão dos empregados referidos no inciso anterior; responsabilizando-se, quando for o caso, pela elaboração dos mecanismos da seleção para admissão dos responsáveis por estas funções e encaminhamento de proposta de contratação para a Diretoria da APUB;
- V. Propor à Assembléia Geral, através de documento encaminhado à diretoria da APUB, alterações no Regulamento e em diretrizes e metas fixadas para o Plano;



VI. Requisitar à Diretoria da APUB condições para o desempenho de sua função, como tais compreendidas: espaço para reuniões, material de consumo para funcionamento e registro das referidas reuniões, apoio de secretaria para elaboração e digitação de textos.

Parágrafo único — Em caso de discordância com as propostas do Conselho de Administração, a Diretoria da APUB deverá encaminhar ao mesmo e poderá disponibilizar para a Assembléia Geral dos associados da APUB, resposta formal e fundamentada.

Art. 40 - O filiado que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida pela APUB-SSind poderá dirigir-se, por escrito, ao Conselho de Administração, aguardando por, no máximo, 30 (trinta) dias resposta à sua demanda.

Capítulo X Das disposições transitórias

Art. 41 – A passagem dos atuais titulares e de seus dependentes para a tabela de faixas etárias e mensalidades definida no Art. 16 deste Regulamento só será feita após o pagamento da última parcela do aporte de capital iniciado em dezembro de 2005.

Parágrafo único – Este artigo não se aplica aos usuários inscritos após a aprovação do aporte, que terão mensalidades definidas de imediato pela referida tabela.

Art. 42 - No caso de extinção do Plano de Saúde, os recursos líquidos remanescentes, se houver, serão utilizados no atendimento dos demais serviços previstos no Estatuto Social da APUB-SSind.

Art. 43 - As dúvidas de interpretação e os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria da APUBSSind, ouvido Conselho de Administração.

Art. 44 - A sistemática estabelecida neste Regulamento entra em vigor imediatamente após sua aprovação pela Assembléia Geral da APUB-SSind.

Parágrafo primeiro – A contagem de consultas, exames e demais procedimentos, para efeito de cobrança das co-participações detalhadas no Art. 8º deste regulamento será iniciada no dia primeiro de junho de 2006, sendo que, neste ano, os limites para isenção de cobrança ficarão fixados em 7/12 (sete doze avos) daqueles previstos para o período de um ano.

Salvador, 06 de junho de 2006