



Regulamento de Benefícios e Serviços da CAC

I - DO OBJETO

Art. 1º - O objeto do presente Regulamento é estabelecer os critérios e normas de assistência previstos no Artigo 2º e seus parágrafos primeiro e segundo do Estatuto da CAC.

II - DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 2º - Na forma dos Artigos 4º e 6º do ESTATUTO, são consideradas como beneficiárias as seguintes pessoas:

- a) o associado;
- b) o cônjuge ou companheira(o);
- c) os filhos ou enteados menores de 18 anos;
- d) as filhas ou enteadas menores de 21 anos;
- e) os filhos ou enteados maiores de 18 anos e inválidos;
- f) as filhas ou enteadas maiores de 21 anos e inválidas ;

§ 1º - Equiparam-se aos filhos, nas condições das alíneas “c” e “d”, mediante comprovação: o menor que, por determinação judicial, se ache sob a posse, guarda e responsabilidade definitiva do associado ou sob sua tutela, e desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser apurada pela Diretoria da CAC.

Art. 3º - A inscrição dos beneficiários previstos nas alíneas “e” e “f” como dependentes ficará condicionada, a critério da CAC, à comprovação de renda mensal inferior a 02 (duas) vezes o salário mínimo:

§ 1º - A comprovação da dependência econômica dos beneficiários de que trata este artigo deverá, obrigatoriamente, ser feita pelo associado com a apresentação de documento hábil comprobatório da dependência alegada, a fim de proporcionar condições à Diretoria da CAC para analisar, convenientemente, o pedido de inscrição.

§ 2º - A condição do estado de invalidez permanente, nos casos previstos, deverá ser comprovada junto à CAC mediante apresentação pelo associado de Declaração de Invalidez do órgão competente da Previdência Oficial, ou de outro documento comprobatório de tal condição a critério da CAC.

Art. 4º - A inscrição do (a) companheiro(a), inclusive homoafetivo, obedecerá aos critérios estabelecidos nos parágrafos abaixo:

§ 1º - Para reconhecimento pela CAC a(o) companheira(o) deverá ter no mínimo 02 (dois) anos de vida em comum com o associado, se não reconhecida pelo sistema previdenciário oficial.

§ 2º - A existência de filho na união, natural ou adotivo, supre as condições de estado civil e do prazo mínimo de 02 (dois) anos de vida comum.

§ 3º - A inscrição de companheira(o) está condicionada ao cancelamento da(o) esposa(o), ex-esposa(o), ou ex-companheira(o), salvo se por decisão judicial ficar o associado(a) obrigado(a) a garantir à assistência a esposa(o), ex-esposa(o) ou ex-companheira(o), neste caso uma das inscrições será obrigatoriamente no PLANAF.

a) – Entre o cancelamento da esposa(o), ex-esposa(o) ou ex-companheira(o) e a inscrição da(o) nova(o) companheira(o) deverá ser observado um intervalo mínimo de 02 (dois) anos

Art. 5º - Os filhos, filhas, enteados e enteadas não inválidos perderão o direito à CAC e serão automaticamente excluídos do rol de beneficiários dependentes ao excederem os limites de idade previstos neste Regulamento, ou quando ocorrer uma das seguintes hipóteses:

- a) casamento ou vida conjugal;
- b) exercício de emprego ou atividade remunerada;
- c) pelo estabelecimento civil ou comercial, com economia própria;
- d) existência de filho com paternidade reconhecida.

Parágrafo Único: A utilização dos serviços da CAC, após a exclusão automática prevista neste artigo, será considerada uso indevido respondendo o associado ou seu responsável pelas despesas integrais.

Art. 6º - Poderão ainda ser incluídos como beneficiários:

a) Na condição de AGREGADOS:

I - Filhos(as) ou enteados(as) solteiros(as), que tenham perdido a condição de dependentes ou de pensionistas ao excederem os limites de idade, e/ou por se enquadrarem nas letras 'b' e 'c' do Artigo 5º;

II - Pai e Mãe - inscritos a partir de 01/07/2009, que não possuam renda superior a dois salários mínimos mensais;

III - Irmãos solteiros até 21 anos;

Parágrafo Único - Ocorrendo o previsto nas letras "a" e "d" do Artigo 5º, os agregados serão automaticamente excluídos do rol de beneficiários da CAC.

b) Na condição de AGREGADOS ESPECIAIS os dependentes e agregados que perderam essa condição por falecimento do(a) titular, desde que já tenham sido inscritos como beneficiários pelo titular falecido(a) e que expressem essa vontade à CAC, em documento próprio. Os Agregados Especiais não poderão inscrever outros beneficiários.

III - DA CARÊNCIA E DA JÓIA

Art. 7º - De acordo com o Art. 13º deste Regulamento, o associado que se inscrever na CAC até 30 (trinta) dias do início de atividades na CAC, ou até o mesmo período de sua admissão em uma das Mantenedoras, deverá observar os seguintes prazos de carência para o início de utilização dos serviços:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, limitada às primeiras doze horas de cobertura.
- b) excluem-se da obrigatoriedade do cumprimento destes prazos de carência os casos de acidentes pessoais, que obedecerão às limitações de cobertura determinadas pela lei.
- c) 30 (trinta) dias para o caso de atendimento ambulatorial.
- d) 90 (noventa) dias após a 1ª (primeira) contribuição para os casos de atendimento hospitalar.

Parágrafo Único: Os dependentes sofrerão as mesmas carências previstas no caput deste artigo.

Art. 8º- O beneficiário que não se inscrever nos prazos previstos no Artigo 7º deste Regulamento ficará sujeito a um período de carência de 60 (sessenta dias) para os casos de assistência ambulatorial e 180 (cento e oitenta) dias para os casos de assistência hospitalar, contados a partir da 1ª (primeira) contribuição. Para os casos de urgência e emergência a carência será de 24 (vinte e quatro) horas, limitada às primeiras doze horas de cobertura.

Parágrafo Único: Ocorrendo o disposto no caput deste artigo, para casos obstétricos a carência será de 300 (trezentos) dias.

Art. 9º- Os dependentes estarão sujeitos às mesmas carências previstas no Artigo 8º, excetuando-se os casos:

- a) de nascimento de filho de associado já inscrito, em que o prazo de inscrição sem a carência do filho(a) será até 30 (trinta) dias após o nascimento.
- b) de casamento, viuvez, tutela de dependentes de associados já inscritos, cujas carências obedecerão o determinado no Artigo 7º deste Regulamento caso a inscrição seja efetuada até 30 (trinta) dias da data do evento.

Art. 10º- Os agregados inscritos a qualquer tempo obedecerão os seguintes prazos de carência para utilização dos serviços:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência.
- b) 60 (sessenta) dias para casos de assistência ambulatorial.
- c) 180 (cento e oitenta) dias para casos de assistência hospitalar.
- d) 300 (trezentos) dias para casos obstétricos.

§ 1º - Excluem-se da obrigatoriedade do cumprimento desses prazos de carência os casos de acidentes pessoais.

§ 2º - No caso de agregado, que na época da sua inscrição possuir plano de saúde, com todas as carências cumpridas com o mínimo de 30 (trinta) dias já decorridos, cobertura igual ou superior a da CAC, e mensalidades em dia, será equiparado ao titular para efeito de contagem dos prazos de carência.

§ 3º - Exclui-se da obrigatoriedade do cumprimento desses prazos de carência todo dependente que perder esta condição e que possa ser incluído como agregado, conforme o estabelecido no Artigo 6º, desde que o titular se manifeste favoravelmente à inscrição do mesmo como agregado, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a perda da condição de dependente.

Cabendo à CAC a iniciativa da comunicação ao titular sobre o fato.

Art. 11 - O associado que reingressar na CAC após desligamento voluntário ou por inadimplência ficará também sujeito à carência prevista no Artigo 8º e seu parágrafo deste Regulamento, além de pagamento de uma jóia de valor correspondente a 10 (dez) vezes a contribuição mensal na época do retorno.

Art. 12 - O período de carência contar-se-á a partir da data da primeira contribuição do associado ou da aprovação da inscrição ou reinscrição do beneficiário dependente ou agregado.

IV - DOS TIPOS DE COBERTURA

Art. 13- Aos associados regularmente inscritos será assegurada cobertura nas segmentações ambulatorial e hospitalar com ou sem obstetrícia, conforme o caso, observadas as carências previstas.

V - DAS MODALIDADES DE UTILIZAÇÃO

Art. 14- A Assistência Médico-Hospitalar será prestada pela CAC aos seus associados de acordo com as seguintes modalidades:

§ 1º - ESCOLHA DIRIGIDA - Nesta modalidade o beneficiário utiliza os serviços de profissionais e instituições de saúde credenciados, conveniados ou contratados pela CAC, não efetuando nenhum pagamento no ato da prestação dos serviços. Estes serão pagos pela CAC ou em seu nome e o associado será descontado, posteriormente, em folha de pagamento do valor de sua participação conforme previsto no Artigo 36 parágrafo 5º deste Regulamento.

§ 2º - LIVRE ESCOLHA - Nesta modalidade o beneficiário utiliza os serviços de profissionais e instituições de saúde de sua livre escolha pagando diretamente ao prestador do serviço pela assistência realizada. Posteriormente, será reembolsado pela CAC de acordo com os critérios estabelecidos no Capítulo X desse Regulamento.

VI - DOS SERVIÇOS COBERTOS

Art. 15 - Aos associados inscritos na CAC será assegurada a cobertura prevista como referência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através do respectivo Rol de Procedimentos vigente (art. 10, § 4º da Lei 9656/98).

Art. 16 - Terão cobertura os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10, dentro dos limites facultados pela ANS.

VII - DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Art. 17 - As despesas com os seguintes serviços não terão cobertura pela CAC:

- a) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, excetuando-se material para osteossíntese;
- b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- c) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- d) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- e) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- f) Transplante e implante, exceto os que venham a ser contemplados por força de lei ou normativa da ANS;
- g) Despesas extraordinárias e de acompanhantes em internação hospitalar, excetuando-se as diárias de acompanhante para pacientes menores de dezoito anos ou maiores de sessenta anos;
- h) Enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou residência, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- i) Tratamento estético, clínico, cirúrgico, endocrinológico, duchas, massagens, saunas e outras atividades com finalidades estéticas;
- j) Medicamentos e vacinas em regime de assistência ambulatorial, exceto as aplicadas durante atendimento de urgência ou emergência;
- k) Tratamento em estâncias hidro-minerais, de repouso, de recuperação física ou mental, de geriatria;
- l) Sessões, entrevistas, consultas ou tratamento de psicanálise ou reflexologia, psicoterapia de grupo, testes psicológicos de qualquer natureza;
- m) Check-up em regime de internação;
- n) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- o) Doença e má formação congênitas e suas conseqüências, exceto para casos de tratamento em Cirurgia Plástica Restauradora e de Fimose e para crianças cujo os partos foram cobertos pela CAC e estejam devidamente inscritos na CAC;
- p) Reabilitação física em casos crônicos e terapia da palavra em qualquer modalidade;
- q) Cirurgia para correção dos defeitos de refração, exceto a imposta por lei;
- r) Assistência Odontológica;
- s) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

- t) Inseminação artificial;
- u) Em casos de cataclismos, guerras e comoções internas que forem declarados pela autoridade competente;
- v) Necrópsia em adultos, crianças e fetos;
- w) Tratamentos e procedimentos que não contemplados pelo art. 15 deste regulamento;
- x) Somente haverá cobertura para pensionista de gravidez existente à data da viuvez.

VIII - DA IDENTIFICAÇÃO

Art. 18 - A CAC fornecerá ao associado, carteira de identificação da qual constará prazos de validade e de carência, cuja apresentação acompanhada de identidade oficial é indispensável para qualquer atendimento.

Parágrafo Único: O fornecimento da 2ª (segunda) via da carteira de identificação, a critério da Diretoria da CAC, poderá ser cobrado ao associado.

IX - DA UTILIZAÇÃO DA ESCOLHA DIRIGIDA

Art. 19 - Para a utilização da Escolha Dirigida o beneficiário se obriga a utilizar os formulários apropriados de acordo com as normas do Sistema, a conferir seu preenchimento pelos prestadores de serviço e a assiná-los e datá-los.

Art. 20 - A utilização dos serviços de consulta deverá ser efetuada sempre que possível após prévia marcação.

Parágrafo Único: O beneficiário deverá identificar-se junto ao prestador de serviço conforme o indicado no Artigo 18 desse Regulamento.

Art. 21 - A utilização de exames complementares/procedimentos e tratamentos diversos será efetuada, exclusivamente, mediante solicitação médica.

§ 1º - O beneficiário deverá identificar-se junto ao prestador de serviço conforme indicado no Artigo 20 deste Regulamento.

§ 2º - A realização de exames e procedimentos depende de prévia autorização da CAC, exceto os exames laboratoriais.

§ 3º - O tratamento esclerosante de varizes, escleroterapia, somente terá cobertura se autorizado previamente pela CAC, limitado a 20 (vinte) sessões no período de um ano, a não ser em casos excepcionais a critério da Diretoria da CAC.

Art. 22- A utilização de Serviços Auxiliares se fará exclusivamente mediante solicitação médica aprovada pela CAC e somente nas condições e critérios estabelecidos nos parágrafos abaixo:

§1º - As remoções somente terão cobertura se forem satisfeitas cumulativamente, as seguintes condições:

- a) Seja comprovada pelo médico assistente a impossibilidade de locomoção do paciente beneficiário, ou seja caracterizada em laudo médico a urgência e/ou emergência do atendimento;
- b) Seja realizada sempre no perímetro urbano em que se encontre o paciente beneficiário, a não ser em casos excepcionais a critério da CAC.

§ 2º- As remoções somente terão cobertura quando realizadas por instituições credenciadas pela CAC, a não ser em casos excepcionais, a critério da Diretoria da CAC.

§ 3º - Nos casos em que fique bem caracterizada a urgência e/ou emergência ou risco de vida do beneficiário, o associado, ou pessoa por ele autorizada, poderá solicitar a remoção diretamente à instituição credenciada, com obrigatoriedade de comunicar à CAC até o 1º (primeiro) dia útil após a remoção.

§ 4º - Nos casos em que o atendimento não resultar em remoção do beneficiário a cobertura das despesas será efetuada pela CAC, quando caracterizado o disposto nos parágrafos anteriores. Em caso contrário, a despesa ocorrida deverá ser ressarcida à CAC pelo associado.

§ 5º - A prestação de serviços de Radioterapia e Quimioterapia somente terá cobertura se previamente autorizados pela CAC.

§ 6º - A prestação de serviços de Hemodiálise somente terá cobertura se previamente autorizados pela CAC.

Art. 23 - A assistência em Cirurgia Plástica Restauradora somente terá cobertura quando efetuada, exclusivamente, para restauração de lesões e funções em órgãos, membros e regiões, decorrentes de patologia clínica, cirúrgica, ou acidentes comprovados, não tendo cobertura os atendimentos com finalidade estética ou embelezadora, a critério do Serviço Médico da CAC.

Art. 24 - Toda e qualquer internação hospitalar dependerá sempre de apresentação pelo beneficiário de Guia de Internação fornecida pela CAC. Para obter esta Guia o beneficiário apresentará à CAC declaração do médico assistente responsável, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, duração provável da internação, além de outros de ordem técnica pertinentes.

Parágrafo Único: os beneficiários obrigam-se, ao se internarem, a apresentar à administração do hospital credenciado, juntamente com a Guia de Internação, documento de identidade oficial.

Art. 25 - O beneficiário internado em caráter de urgência e/ou emergência, ou pessoa autorizada pelo mesmo, obriga-se a comunicar a CAC até o 2º (segundo) dia útil da internação, as razões desta, juntamente com a declaração do médico assistente, justificando-

a com base no disposto no Artigo 16 desse Regulamento.

Parágrafo Único: A falta de comunicação das razões da internação no prazo previsto desobrigará a CAC de cobertura de quaisquer despesas resultantes do atendimento.

Art. 26 - A prorrogação do prazo de internação dependerá sempre da solicitação justificada do médico assistente e será julgada pelo Serviço Médico da CAC, devendo o beneficiário, ou pessoa autorizada pelo mesmo, encarregar-se de providenciar a autorização de prorrogação, sempre que necessária, no primeiro dia útil após o vencimento do prazo já autorizado anteriormente. A não observância desse prazo acarretará as conseqüências previstas no Parágrafo Único do Artigo 25 deste Regulamento.

Art. 27 - O prazo da internação autorizado pela CAC, constante na guia, corresponderá ao número de dias usuais para casos idênticos.

X - DA UTILIZAÇÃO DA LIVRE ESCOLHA

Art. 28 - O reembolso de despesas com atendimentos somente será efetuado se o beneficiário utilizar serviços de sua livre escolha, não conveniados, credenciados ou contratados da CAC, e de acordo com os critérios estabelecidos nos Artigos seguintes, de números 30 a 35.

Art. 29 - São extensivos à Livre Escolha os mesmos critérios de autorização previstos nos artigos 21 e 22 deste regulamento.

Art. 30 - A cobertura de despesas de internação hospitalar ou prorrogação de internação já autorizada pela modalidade de Livre Escolha dependerá de concordância prévia da CAC, que deverá ser obtida após apresentação pelo beneficiário de declaração do médico assistente responsável, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento proposto, a duração da internação, além de outros dados de ordem técnica pertinentes.

Art. 31 - Não haverá reembolso, em qualquer hipótese, para despesas efetuadas com Assistência Odontológica.

Art. 32 - O valor do reembolso devido ao beneficiário será pago pela CAC, até o prazo de 30 (trinta) dias da entrega da documentação completa à CAC.

Art. 33 - Para que seja efetuado o reembolso, em qualquer das condições previstas, o beneficiário deverá apresentar à CAC os seguintes documentos:

a) Atendimento ambulatorial :

§ 1º - Recibo ou nota fiscal original de honorários médicos discriminando o tipo de serviço prestado para cada consulta ou visita domiciliar a reembolsar.

§ 2º - Recibo original de exames complementares discriminado, por exame efetuado, acompanhado de solicitação do médico assistente que deverá estar devidamente autorizada pela CAC nos casos previstos no Artigo 21 deste Regulamento.

§ 3º - Recibo original de serviços auxiliares discriminando o tipo de serviço efetuado acompanhado de documentos de autorização pela CAC, nos casos previstos nos parágrafos 2º e 3º do Artigo 22 desse Regulamento.

§ 4º - Relação discriminada de material e de medicamentos consumidos nos casos de atendimentos de urgência.

b) Atendimento Hospitalar:

§ 1º - Recibos originais de honorários da equipe médica assistente discriminando os serviços prestados, acompanhados de relatório médico informando diagnóstico, motivo de internação ou cirurgia, evolução, tratamento efetuado, acompanhados de documento de autorização pela CAC.

§ 2º - Conta hospitalar original discriminando, inclusive, material e medicamentos, acompanhada de documento de autorização pela CAC.

§ 3º - Recibos originais de exames complementares realizados durante a internação, discriminados por tipo de exame efetuado.

Parágrafo Único: Só serão admitidos para fins de reembolso os documentos entregues a CAC até o prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data da prestação do serviço, ou de alta hospitalar.

Art. 34 - Para cálculo do reembolso de despesas com qualquer atendimento será utilizado como limite a Tabela de Honorários Médicos e Serviços Hospitalares da CAC (THMSH - CAC).

Art. 35 - Serão utilizados os seguintes critérios de reembolso:

a) Despesas com atendimento ambulatorial - até 1 (uma) vez da THMSH - CAC.

b) Despesas com atendimento hospitalar:

§ 1º - Honorários Médicos Clínicos e Cirúrgicos - até 100% (cem por cento) dos valores estabelecidos na THMSH - CAC.

§ 2º - Exames complementares - até 100% (cem por cento) dos valores estabelecidos na THMSH - CAC.

§ 3º - Despesas Hospitalares - até 100% (cem por cento) dos valores estabelecidos na THMSH - CAC.

XI – CUSTEIO

Art. 36 - O custeio da assistência prestada aos associados da CAC, nos termos deste Regulamento, será efetuado conforme o estabelecido nos parágrafos a seguir:

§ 1º - Contribuição mensal das Mantenedoras de valor igual a 5,5 % da Despesa Total de Pessoal, inclusive encargos, relativa aos seus empregados e servidores ativos e de valor igual a 0,055 % da Despesa Total de Pessoal, inclusive encargos, relativa a cada grupo de 100 (cem) aposentados e pensionistas inscritos na CAC, conforme resolução do Conselho Deliberativo de 31/05/2006, aprovada pela Mantenedora.

§ 2º - Contribuição mensal dos associados correspondente a 5,5 % (cinco vírgula cinco por cento) sobre o salário, considerando-se apenas as parcelas fixas, obedecida a contribuição mínima de 278 CH's e máxima de 2161 CH's.

a) O valor máximo da participação mensal corresponderá a até 10% (dez por cento) do salário, considerando-se apenas as parcelas fixas, quando superior a 347 (trezentos e quarenta e sete) CH'S, devendo o valor excedente ser distribuído por tantos meses quanto forem necessários.

b) Excluem-se da base de cálculo os atendimentos ambulatoriais dos tratamentos de Radioterapia, Quimioterapia e Hemodiálise.

§ 3º- contribuição dos dependentes com valores definidos anualmente, mediante proposta da Diretoria e aprovação do Conselho Deliberativo, na forma do artigo 15 do Estatuto.

§ 4º - O agregado e o agregado especial terão suas contribuições mensais estabelecidas anualmente de acordo com proposta da Diretoria executiva da CAC e aprovação do Conselho Deliberativo, na forma do artigo 15 do Estatuto.

§ 5º – Co-participação dos associados seus dependentes, agregados e agregados especiais, no valor correspondente a 15% (quinze por cento) dos procedimentos ambulatoriais, excetuando-se as consultas, cujo percentual é de 20% (vinte por cento).

XII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 37 - A contribuição mensal do associado, assim como os valores referentes a sua participação nas despesas pela utilização dos serviços, realizar-se-á:

1º - Através de desconto em folha de pagamento nos casos dos empregados e funcionários da CEDAE, PRECE e CAC, bem como dos aposentados e pensionistas em gozo de benefícios pagos pela PRECE.

2º - Através de pagamento diretamente na Tesouraria da CAC nos demais casos.

Parágrafo Único: Os servidores da CEDAE, PRECE e CAC que por qualquer motivo não forem descontados em folha de pagamento, deverão realizar o pagamento de suas contribuições e participações através de boleto bancário.

Art. 38 - O associado poderá ser cancelado por fraude, ou inadimplência por período

superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, após comprovada notificação até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Parágrafo Único - No caso de fraude, o fato poderá, a critério da Diretoria, ser comunicado aos órgãos competentes das Mantenedoras.

Art. 39 - Para cumprimento das obrigações pecuniárias do associado e sem prejuízo do previsto no Artigo 40 desse Regulamento e do Artigo 13 do Estatuto, a CAC se reserva ao direito de solicitar à CEDAE e à PRECE a efetivação do respectivo desconto bem como o direito de adotar os procedimentos judiciais cabíveis.

Art. 40 - Os associados responderão integralmente por quaisquer ônus causados à CAC, decorrentes da utilização indevida das carteiras de identificação.

Atualizado até julho de 2009.