

Regimento do Plano de Saúde



MAIO/2023

DISQUE CABESP: 0800 722-2636

ÍNDICE

CAPÍTULOS	PÁGINA
I DO OBJETIVO.....	3
II DAS CATEGORIAS DE BENEFICIÁRIOS.....	3
III DA CONTRATAÇÃO.....	3
IV DAS COBERTURAS.....	4
V DAS EXCLUSÕES DE PROCEDIMENTOS.....	7
VI DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.....	9
VII DOS TIPOS DE ACOMODAÇÃO.....	9
VIII DAS CARÊNCIAS.....	9
IX DAS RESPONSABILIDADES.....	10
X DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	10
XI DO ATENDIMENTO.....	10
XII DO REEMBOLSO.....	11
XIII DO PAGAMENTO.....	12
XIV DOS ATRASOS DE PAGAMENTO.....	13
XV DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO.....	13
XVI DA MUDANÇA DE ACOMODAÇÃO.....	14
XVII DO FALECIMENTO.....	14
XVIII DA SEPARAÇÃO JUDICIAL E/OU DIVÓRCIO.....	14
XIX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	14
ANEXOS	PÁGINA
1 RELAÇÃO DE GRAU DE PARENTESCO.....	16
2 DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE DEPENDÊNCIA OU PARENTESCO.....	17
2.1– POR CONSANGUINIDADE.....	17
2.2– POR AFINIDADE.....	18
2.3– DEPENDENTE POR AFINIDADE.....	19
3 GLOSSÁRIO.....	20
ADITIVO	PÁGINA
1 TABELA DE MENSALIDADES.....	23

Regimento do Plano de Saúde Cabesp Família

A CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO – CABESP é uma associação, com personalidade jurídica de direito privado sem finalidade lucrativa, inscrita no CNPJ sob o nº 62.231.527/0001-84 e registrada na ANS sob o nº 35233-1, operadora do Plano Coletivo de Assistência à Saúde – Cabesp Família, doravante denominado Cabesp Família.

CAPÍTULO I DO OBJETIVO

Art. 1º O Cabesp Família é um plano coletivo autossustentável que atende ao Plano de Referência previsto nos artigos 10 e 12 da Lei 9656/98 e Resoluções Normativas expedidas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

§ 1º O objetivo deste plano é prestar Assistência Médica: ambulatorial, hospitalar, obstétrica e Odontológica, em todo Território Nacional.

§ 2º A prestação desta assistência será conforme o plano contratado e nos termos e limites deste regimento, com livre escolha de médicos e estabelecimentos médico-hospitalares, por meio da Rede Credenciada, Convênio de Reciprocidade ou Reembolso de despesas.

CAPÍTULO II DAS CATEGORIAS DE BENEFICIÁRIOS

Art. 2º Entende-se por beneficiário do Plano:

- I - titular – todo aquele que aderir a este plano;
- II - dependente – cônjuge ou companheiro(a), filho(a), enteado(a) e/ou aqueles considerados pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência, e que for indicado na Proposta de Inscrição pelo Titular/Contratante

Parágrafo Único - Considerar-se-ão companheiros os conviventes, inclusive os do mesmo sexo, configurada pela convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família.

CAPÍTULO III DA CONTRATAÇÃO

Art. 3º Poderão filiar-se ao Cabesp Família:

- I - ex-associados e ex-beneficiários dos planos PAP, PAFE, AR e Assistência Direta;
- II - grupo familiar até o 4º grau por consanguinidade e até o 2º grau por afinidade, conforme relação no ANEXO 1.

Art. 4º A inscrição no Cabesp Família será formalizada por meio do preenchimento e assinatura de formulários Cabesp, cópia de documentos pessoais e de comprovante de vínculo de parentesco ou afinidade e pagamento da 1ª mensalidade.

§ 1º Para a inscrição são necessários:

- I - Proposta de Inscrição, preenchida e assinada pelo proponente ou por contratante;
- II - cópia do CPF e do R.G. ou documento oficial de identificação de cada beneficiário (titular e dependentes) que solicitar inscrição no Plano e do contratante, independente da idade;
- III - cópias de documentos que comprovem o vínculo de parentesco, consanguíneo ou por afinidade do beneficiário a ser inscrito como titular ou por contratante, com o associado ou ex-associado da CABESP, conforme ANEXO 2 e documentos que comprovem a elegibilidade do beneficiário a ser inscrito como dependente.

§ 2º No caso de Titular menor de 18 anos de idade a inscrição será feita por contratante.

§ 3º A inscrição ao plano poderá ser recusada se o beneficiário titular ou o Contratante estiverem inadimplentes com a Cabesp ou com os planos por ela administrados ou se a assinatura do contrato não conferir com a constante no documento de identificação apresentado.

Art. 5º As inscrições poderão ser feitas a qualquer momento e a aprovação depende das formalidades administrativas da CABESP.

§ 1º - A inscrição dos beneficiários prevista no Artigo 3º ocorrerá da seguinte forma:

I - sem carência, para os beneficiários originários dos demais planos oferecidos pela CABESP, desde que a inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias da perda do direito à Assistência:

- a) para aqueles que perderam a elegibilidade, por qualquer motivo;
- b) por manifestação voluntária, inclusive dos planos PAP, PAFE e AR.

II - a partir de 06/12/2004 e com a carência prevista neste regimento:

- a) para o grupo familiar previsto no inciso II do Artigo 3º;
- b) para os ex-associados e ex-beneficiários, que perderam o direito à Assistência a CABESP, em prazo superior a 30 (trinta) dias.

§ 2º Os beneficiários a serem inscritos, devem apresentar documentos onde as informações abaixo relacionadas sejam idênticas as constantes na Receita Federal e Cartão Nacional de Saúde:

- I – Nome do beneficiário;
- II – Nome da mãe do beneficiário;
- III – Data de nascimento.

Art. 6º Na Proposta de Inscrição serão feitas as seguintes opções, que serão iguais para todos os beneficiários que tiverem o plano adquirido por um mesmo contratante e para o Titular e seus dependentes:

- I - Forma de pagamento das mensalidades;
- II - Dia do pagamento das mensalidades;
- III - Conta para débito ou crédito.

Parágrafo Único. O pagamento da 1ª mensalidade deverá ser efetuado através de boleto bancário, e as demais mensalidades serão cobradas conforme forma de pagamento escolhida na Proposta de Inscrição.

Art. 7º Após a aprovação da Proposta de Inscrição e pagamento do boleto bancário referente à 1ª mensalidade, serão enviados os cartões do plano, o Guia de Leitura Contratual, e o Manual de Utilização com todas as orientações e instruções, tais como: obtenção de autorizações prévias, solicitação de reembolso e demais informações pertinentes ao Plano.

CAPÍTULO IV DAS COBERTURAS

Art. 8º O Cabesp Família compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência estabelecidos na Lei 9656/98 e suas atualizações, incluindo os transplantes de coração, pulmão, medula óssea, fígado, pâncreas, rim, córnea e cirurgia de obesidade mórbida, vinculadas a relação de procedimentos regulamentados pelo Ministério da Saúde, nos termos desse regimento, e excluídas as despesas relacionadas no Capítulo V.

§ 1º Cobertura Médica: cobre os atendimentos em consultórios, ambulatorios, clínicas especializadas, laboratórios ou unidades hospitalares (ressalvado o previsto no Artigo 12 da Lei 9656/98) conforme o tipo de acomodação:

I - a cobertura de internações hospitalares é assegurada da data da admissão até a alta hospitalar do paciente e em consonância com a determinação do médico assistente e compreende:

- a) diária de internação do paciente do plano em quarto individual ou em enfermaria, conforme opção de acomodação escolhida;
- b) serviços gerais de enfermagem, exceto em regime particular;
- c) taxas hospitalares relativas ao tratamento do paciente internado;
- d) alimentação dietética, nutrição enteral e parenteral;
- e) materiais, medicamentos, anestésicos e gases;
- f) uso de centro cirúrgico, centro de terapia intensiva ou semi-intensiva ou isolamento;
- g) exames complementares para controle da evolução da doença durante o período de internação;
- h) exames anatomopatológicos, radiológicos e cintilográficos durante a internação para controle da evolução da doença ou a elucidação diagnóstica;

- i) honorários médicos referentes aos procedimentos clínicos ou cirúrgicos incluindo a equipe médica conforme Lei 9656/98 e tipo de acomodação;
- j) cobertura de despesas de alimentação e acomodação de acompanhante para pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos;
- k) cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, que necessitem de internação ou quando não houver recursos suficientes na unidade para atendimento do paciente, conforme solicitação e justificativa do médico assistente e aceitação da CABESP, respeitadas as condições do presente regimento;
- l) hemodiálise e diálise peritoneal, hemoterapia, quimioterapia, procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, embolizações e radiologia intervencionista e outros recursos terapêuticos exigidos pelo tratamento durante a internação;
- m) a atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos;
- n) a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, assim entendido o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, visando atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, observará os limites estabelecidos pelas Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS;
- o) a coparticipação na internação psiquiátrica será de 50% (cinquenta por cento), das despesas médicas e hospitalares ocorridas a partir do primeiro dia que ultrapassar 30 (trinta) dias, dentro de um mesmo período anual de vigência do plano.

II - atendimentos ambulatoriais:

- a) consultas médicas;
- b) serviços auxiliares de diagnose e terapia de acordo com a solicitação do médico assistente;
- c) atendimento em pronto socorro e cirurgias de pequeno porte que não requerem ambiente hospitalar;
- d) materiais cirúrgicos e medicamentos utilizados no atendimento ambulatorial;
- e) acupuntura, terapia ocupacional, reeducação postural global, fonoterapia e psicomotricidade;
- f) nutrição, limitada a 18 (dezoito) sessões por ano de vigência do plano;
- g) psicoterapia, limitada a 40 (quarenta) sessões por ano de vigência do plano, não cumulativas e independentes da modalidade de serviço prestado (individual, em grupo, casal, familiar, orientação de pais e familiar);
- h) fisioterapia motora e respiratória;
- i) psiquiatria, cobrindo os tratamentos ambulatoriais de todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID 10:
 1. atendimento de emergência ao beneficiário, em situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as tentativas de suicídio ou auto-agressão;
 2. tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação; com consultas, cobertura de serviços de apoio diagnósticos e outros procedimentos ambulatoriais;
 3. atendimento clínico ambulatorial decorrente de transtornos psiquiátricos, incluídos os procedimentos médicos necessários ao tratamento das lesões auto-infligidas.
- j) cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) em casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:
 1. miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a -10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até - 4,0; ou
 2. hipermetropia até grau 6,0 com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

III - no atendimento médico ou hospitalar com cobertura do plano, a CABESP poderá disponibilizar os materiais e medicamentos necessários para o ato, através de terceiros, podendo ser extensivo ao tratamento domiciliar quando se tratar de medicamentos quimioterápicos orais previstos no rol da ANS.

§ 2º Cobertura Odontológica abrange os seguintes procedimentos em conformidade com a Lei 9656/98 e suas atualizações, desde que realizados em consultórios:

I - diagnóstico:

- a) consulta inicial;
- b) exame histopatológico.

II - urgências/ emergências odontológicas:

- a) curativo e/ ou sutura em caso de hemorragia bucal/ labial;
- b) curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;
- c) imobilização dentária temporária;
- d) recimentação de trabalho protético;
- e) tratamento de alveolite;
- f) colagem de fragmentos;
- g) incisão e drenagem de abscesso intra e extra oral;
- h) reimplante de dente avulsionado.

III - radiografias:

- a) periapicais;
- b) interproximais/ bite-wing;
- c) oclusal.

IV - prevenção em saúde bucal:

- a) atividade educativa;
- b) evidenciação de placa bacteriana;
- c) profilaxia-polimento coronário;
- d) fluoroterapia;
- e) aplicação de selante.

V - dentística:

- a) aplicação de carióstático;
- b) adequação do meio bucal;
- c) restauração em amálgama;
- d) restauração em resina fotopolimerizável ou ionômero de vidro;
- e) núcleo de preenchimento;
- f) ajuste oclusal.

VI - periodontia:

- a) raspagem supra e subgengival, alisamento e polimento corono-radicular;
- b) imobilização dentária;
- c) gengivectomia / gengivoplastia;
- aumento de coroa clínica;
- e) cunha distal;
- f) cirurgia periodontal a retalho, por dente ou região;
- g) sepultamento radicular.

VII - endodontia:

- a) capeamento pulpar direto;
- b) tratamento e retratamento endodôntico em dentes permanentes com 1, 2, 3 ou 4 condutos;
- c) pulpotomia (decíduos e/ou permanentes);
- d) remoção de núcleo intraradicular/ corpo estranho;
- e) tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- f) tratamento endodôntico em dentes com rizogênese incompleta;
- g) tratamento de perfuração radicular.

VIII - cirurgia:

- a) alveoplastia;
- b) apicectomia em dentes uni, bi ou trirradiculares, com ou sem obturação retrógrada;
- c) biópsia;
- d) cirurgia de tórus (unilateral/bilateral);
- e) correção de bridas musculares;
- f) excisão de mucocele e rânula;
- g) exodontia a retalho;
- h) exodontia de raiz residual;
- i) exodontia simples;
- j) exodontia de dente decíduo;
- k) redução alvéolo palatino - cruenta ou incruenta;
- l) frenectomia labial e lingual;
- m) cirurgia para remoção de dentes inclusos ou impactados;
- n) sulcoplastia;
- o) ulectomia/ulotomia;
- p) hemiseção com ou sem amputação radicular.

IX - odontopediatria:

- a) condicionamento em odontologia;
- b) reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato.

X – próteses:

- a) coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF (restauração metálica fundida);
- b) reabilitação com coroa total de cerômero unitária para dentes anteriores;
- c) reabilitação com coroa total metálica unitária para dentes posteriores;
- d) reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo préfabricado
- e) reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária

**CAPÍTULO V
DAS EXCLUSÕES DE PROCEDIMENTOS**

Art. 9º. Os procedimentos e/ou itens não cobertos no Cabesp Família são:

§ 1º Área Médica:

- I -** tratamentos clínico ou cirúrgico experimental / alternativo, para fins de pesquisa e/ou não reconhecidos pelos Órgãos fiscalizadores e regulamentadores da Atividade Médica;
- II -** tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- III -** tratamento no Exterior;
- IV -** tratamento em clínica de emagrecimento, clínica de repouso e similares, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações sociais que não necessitem de cuidados médico-hospitalares;
- V -** procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos ou sociais;
- VI -** cirurgia plástica em geral, exceto as restauradoras para:
 - a) correção de lesão proveniente de acidente pessoal ocorrido na vigência do plano, e/ou;
 - b) correção de lesão decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna que tenha se manifestado após o início da vigência do plano, estando a cobertura sujeita à apresentação do laudo anatomopatológico da lesão neoplásica;
 - c) dermolipectomia para correção de abdômen em avental após tratamento de obesidade mórbida.
- VII -** tratamentos para esterilidade, infertilidade, impotência e/ou frigidez sexual;
- VIII -** reprodução assistida (Inseminação / Fertilização artificial);
- IX -** procedimentos para reversão de esterilização;
- X -** cirurgias para mudança de sexo;
- XI -** cirurgia oftalmológica refrativa não contemplada no Art. 8º, § 1º deste Regimento;

- XII** - check-up;
- XIII** - todos os exames para exclusão de paternidade;
- XIV** - avaliações clínicas e exames laboratoriais para fins de pesquisa;
- XV** - coleta de exames laboratoriais em domicílio;
- XVI** - enfermagem particular no hospital ou no domicílio, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
- XVII** - consulta domiciliar;
- XVIII** - internação de véspera e internação domiciliar;
- XIX** - compra ou aluguel de aparelhos, equipamentos e gases medicinais;
- XX** - suplemento alimentar;
- XXI** - vacinas, exceto a anti-Rh;
- XXII** - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquirido por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência), exceto os quimioterápicos orais com cobertura obrigatória prevista no Rol da ANS;
- XXIII** - medicamentos e materiais importados não nacionalizados;
- XXIV** - próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XXV** - curativos, materiais, medicamentos e vacinas ministradas ou utilizadas fora do regime de internação hospitalar e/ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- XXVI** - gastos extras não vinculados diretamente à cobertura, a exemplo absorventes, termômetro, meia elástica, colete, gesso sintético e materiais assemelhados, produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos, jornais, TV, frigobar, etc;
- XXVII** - gastos de qualquer natureza com um acompanhante durante a internação, exceto acomodação e alimentação, quando o paciente for menor de 18 anos ou maior de 60 anos;
- XXVIII** - necropsias, preparo de cadáver, velório e afins;
- XXIX** - consulta médica, exames e avaliação para fins de atestado de saúde, saúde ocupacional, exames periódicos e para fins de admissão ao trabalho ou atividades em escolas, academias, clubes, etc;
- XXX** - consulta para obtenção ou renovação de Carteira Nacional de Habilitação;
- XXXI** - quaisquer atendimentos reconhecidos pela autoridade competente como epidemias ou pandemias;
- XXXII** - quaisquer atendimentos em caso de calamidade pública, atos da natureza, comoções internas, guerras e revoluções, quando declarados pela autoridade competente;
- XXXIII** - demais procedimentos não incluídos no Art. 8º caput e § 1º deste Regimento.

§ 2º Área Odontológica:

- I** - ortodontia e ortopedia funcional, inclusive documentação;
- II** - próteses não especificadas no art. 8º, parágrafo 2º, inciso X;
- III** - implantes, inclusive documentação;
- IV** - clareamento dental e tratamentos a laser;
- V** - enxertos ósseos;
- VI** - membranas;
- VII** - tratamentos odontológicos:
 - a) sob sedação, em qualquer regime de atendimento;
 - b) em ambiente hospitalar ou domiciliar.
- VIII** - demais procedimentos não incluídos no Art. 8º, § 2º deste Regimento;
- IX** - tratamentos prescritos por profissionais não habilitados e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais dos profissionais de odontologia.

CAPÍTULO VI DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Art. 10. Os procedimentos abaixo estão sujeitos à Autorização Prévia expressa da CABESP:

- I - todas as cirurgias;
- II - todas as internações clínicas e obstétricas;
- III - procedimentos que utilizam material especial;
- IV - procedimentos da Área da Saúde Mental;
- V - exames e terapias:
 - a) em regime ambulatorial:
 - 1. hidroterapia;
 - b) em regime ambulatorial e de internação:
 - 1. angiografias;
 - 2. diálise peritonial e CAPD
 - 3. radioterapia, braquiterapia, cirurgia estereotáxica e radioterapia estereotáxica;
 - 4. quimioterapia do câncer.
- VI - remoção;
- VII - dermatologia e plástica reparadora;
- VIII - procedimentos odontológicos.

CAPÍTULO VII DOS TIPOS DE ACOMODAÇÃO

Art. 11. Serão oferecidos dois tipos de Acomodação:

- I - Quarto Individual: destinado aos atendimentos em rede hospitalar credenciada, com acomodação privativa;
- II - Coletiva: destinado aos atendimentos em rede hospitalar credenciada específica, com acomodação coletiva ou enfermaria.

Parágrafo Único. O plano Cabesp Família não oferece acomodação coletiva, fora do Estado de São Paulo.

CAPÍTULO VIII DAS CARÊNCIAS

Art. 12. Os beneficiários inscritos no Plano estarão sujeitos ao cumprimento de carências máximas conforme prescrito pela Lei 9656/98:

- I - 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência / emergência;
- II - 30 (trinta) dias para consultas;
- III - 90 (noventa) dias para os procedimentos odontológicos, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais (que necessitem ou não de prévia autorização);
- IV - 180 (cento e oitenta) dias para internações hospitalares, exceto para internações obstétricas;
- V - 300 (trezentos) dias para internações obstétricas.

Art. 13. Não haverá carência para os seguintes casos:

- I - os ex-associados, ex-beneficiários originários dos planos Cabesp Família, PAP, PAFE, AR e Assistência Direta que fizerem sua inscrição no período de 30 (trinta) dias a partir de seu desligamento como usuário da CABESP;
- II - o filho natural ou adotivo de beneficiário(a) nascido ou adotado na vigência do plano, sem carência a cumprir e inscrito no plano até 30 (trinta) dias corridos após a data do nascimento ou da adoção.

Art. 14. A CABESP, a seu critério, poderá reduzir ou isentar o cumprimento do prazo de carência, àqueles que possuírem outros planos / seguros de saúde, nas seguintes condições:

- I - as coberturas e o tipo de plano anterior sejam equivalentes ao Cabesp Família;
- II - não ter interrupção por mais de 30 (trinta) dias e ter vinculação no mínimo de 18 (dezoito) meses com o plano de origem, até a data da inscrição no Cabesp Família;

§ 1º. Não há isenção e nem redução de carência para internação obstétrica (300 dias) e atendimento de urgência/emergência (24 horas).

§ 2º. A redução das carências está suspensa por tempo indeterminado.

Art. 15. Em se tratando de solicitação de inscrição de beneficiário proveniente de Planos ou de Seguros de Saúde e que desejarem a análise de documentação para compra de carência é necessário:

I - preenchimento e assinatura do formulário: Aditivo de Compra de Carência;

II - além dos documentos previstos neste regimento, apresentação também dos seguintes:

a) carta da operadora, com emissão máxima de 30 dias, com informações referentes à data de início da vigência do plano, número do registro da operadora na ANS ou CNPJ e número de registro do plano na ANS;

b) comprovante de quitação das 03(três) últimas mensalidades, exceto para planos empresariais;

c) cópia do Cartão do Plano.

CAPÍTULO IX DAS RESPONSABILIDADES

Art. 16. O Titular/Contratante fica obrigado a:

I - prestar informações verdadeiras quando solicitadas;

II - pagar as mensalidades de acordo com o estabelecido na Proposta de Inscrição e nas condições vigentes;

III - apresentar o Cartão Cabesp para utilização do plano e o R.G. ou outro documento oficial de identidade, quando usufruir qualquer um dos benefícios deste plano;

IV - autorizar a CABESP, quando necessário a buscar informações sobre seu prontuário médico, bem como o de seu (s) beneficiário (a/s) dependente(s);

V - comunicar a CABESP sobre toda e qualquer irregularidade ou acontecimento que interfira neste regimento.

Parágrafo Único. Cabe ao Titular/Contratante informar a CABESP toda e qualquer alteração cadastral, tais como: número de conta corrente, endereço, estado civil, etc., sua e de seus beneficiários sob sua responsabilidade.

Art. 17. A utilização indevida do Plano é de responsabilidade do Titular/Contratante, devendo este assumir integralmente os custos decorrentes deste uso, bem como taxa administrativa de R\$ 37,96 (trinta e sete reais e noventa e seis centavos).

Art. 18. Ocorrendo o extravio do Cartão Cabesp ou do convênio de reciprocidade, o fato deverá ser comunicado imediatamente à CABESP.

CAPÍTULO X DA VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

Art. 19. O início da vigência do Plano será a partir da zero hora do dia subsequente à data de pagamento do boleto bancário referente à 1ª mensalidade, precedida da aprovação da Proposta de Inscrição pela CABESP.

Art. 20. O período de vigência será de 12 (doze) meses, sendo renovado automaticamente por igual período, se não houver comunicação formal em sentido contrário por qualquer das partes, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento e assim sucessivamente.

CAPÍTULO XI DO ATENDIMENTO

Art. 21. O participante terá direito ao atendimento a partir da data de início da vigência do plano adquirido, respeitando-se as condições e o período de carências, se houver.

Parágrafo Único. O recém-nascido, filho natural ou adotivo, quando nascido ou adotado na vigência do plano, terá cobertura assistencial durante os primeiros 30 (trinta) dias, respeitando-se as carências do plano do pai/mãe, mesmo não inscrito no Plano.

Art. 22. O atendimento será realizado na Rede Credenciada da CABESP e de acordo com o tipo de plano contratado pelo beneficiário, sendo obrigatória a apresentação do Cartão Cabesp, R.G. ou qualquer outro documento oficial de identificação com foto.

Parágrafo Único. Fora do Estado de São Paulo:

- I - o plano Cabesp Família não oferece acomodação coletiva;
- II - o atendimento médico poderá ser efetuado por Convênio de Reciprocidade quando houver, respeitadas as condições do plano adquirido.

Art. 23. O Cartão Cabesp é pessoal, intransferível e nele constará discriminadamente:

- I - nome do beneficiário;
- II - código do beneficiário;
- III - tipo de acomodação;
- IV - coberturas do plano;
- V - carência,
- VI - data de validade;
- VII - cartão nacional de saúde.

Art. 24. A obtenção de autorização prévia para os procedimentos constantes no capítulo VI será efetuada com base no Manual de Utilização, por meio de solicitação de liberação à Cabesp.

Art. 25. O atendimento de urgência e emergência, fora do horário comercial, pode ser realizado sem autorização prévia, será realizado pelo prestador referenciado, que contatará à Cabesp se necessário.

CAPÍTULO XII DO REEMBOLSO

Art. 26. A CABESP reembolsará os valores gastos pelos beneficiários na utilização dos serviços de profissionais ou entidades não credenciadas, conforme cobertura contratada e Tabela de Reembolso Cabesp vigente na data do atendimento.

§ 1º A Tabela de Reembolso Cabesp está registrada sob número 5322300 no 4º Registro de Títulos e Documentos da Capital. Será reajustada conforme o aumento concedido à Rede Credenciada, baseado nos índices de mercado como IPCA, INPC, IGP-DI e etc. A Tabela de Reembolso Cabesp está disponível:

- I - no Portal Cabesp em www.cabesp.com.br;
- II - na Cabesp, Rua Boa Vista, 293, Centro, São Paulo/SP.

§ 2º Para pedido de reembolso médico-hospitalar ou odontológico, o envio dos documentos, especificados no Manual de Utilização, deverá ocorrer, em até 90 (noventa) dias corridos da data da emissão da nota fiscal e do evento realizado, da fatura ou do recibo pelos serviços prestados.

§ 3º O prazo para pagamento do reembolso é, desde que a documentação comprobatória esteja correta, de até 30 dias da data do recebimento, seja via Portal Cabesp, Entrega Presencial ou Correio.

Art. 27. O reembolso será realizado conforme valores previstos na Tabela de Reembolso Cabesp e respeitando as regras abaixo:

§ 1º Honorários Médicos:

I - acréscimo de 30% (trinta por cento), quando em regime de Urgência/Emergência, nas seguintes eventualidades:

- a) no período compreendido entre 22h e 6h do dia seguinte.
- b) qualquer horário aos domingos e feriados.

II - internação em acomodação Individual ou Apartamento, acréscimo de 100% (cem por cento).

III - profissionais auxiliares, se previsto na Tabela de Reembolso Cabesp, a remuneração será calculada, conforme percentuais abaixo, sobre o valor do cirurgião e grau de participação:

- a) 1º auxiliar: 30% (trinta por cento);
- b) 2º auxiliar: 20% (vinte por cento);
- c) 3º e 4º auxiliar: 20% (vinte por cento);
- d) Instrumentador: 10% (dez por cento).

IV - anestesista, se previsto na Tabela de Reembolso Cabesp, serão valorizados conforme porte anestésico atribuído ao procedimento realizado.

V - quando da realização de 2 ou mais procedimentos no mesmo ato cirúrgico, os honorários médicos, a partir do 2º, será remunerado da seguinte forma:

- a) 70% (setenta por cento), quando por vias de acesso diferentes;
- b) 50% (cinquenta por cento), quando pela mesma via.

§ 2º Os exames abaixo relacionados, quando simultâneos e com 3 ou mais incidências, a valorização será da seguinte forma:

- I** - tomografia computadorizada:
 - a) 100% (cem por cento) para o de maior valor;
 - b) 70% (setenta por cento) para o 2º exame;
 - c) 50% (cinquenta por cento) para os demais;
- II** - ressonância magnética:
 - a) 100% (cem por cento) para o de maior valor;
 - b) 80% (setenta por cento) para os demais;

§ 3º Materiais e Medicamentos de Uso de Rotina:

a) quando utilizado em consultório, clínica ou hospital é remunerado pela tabela Brasíndice, de domínio público.

§ 4º Materiais e Medicamentos Especiais:

a) valor do reembolso será o constante na Nota Fiscal, exceto Lente Intraocular que será valorizada pela Tabela de Reembolso Cabesp.

§ 5º Quando o valor pago ao prestador for inferior ao previsto na Tabela de Reembolso Cabesp, o reembolso será igual ao valor constante no recibo e ou nota fiscal apresentado.

§ 6º Internação em acomodação UTI, CTI e Enfermaria não possuem qualquer acréscimo.

§ 7º Exames e tratamentos seriados e terapêuticos, independente da acomodação, sem qualquer tipo de acréscimo.

§ 8º Internação Psiquiátrica, será deduzido a coparticipação 50% (cinquenta por cento), das despesas médicas e hospitalares ocorridas a partir do primeiro dia que ultrapassar 30 (trinta) dias, dentro de um mesmo período anual de vigência.

Art. 28. Não são passíveis de reembolso as seguintes situações / procedimentos:

- I** - procedimentos não cobertos pelo plano do beneficiário;
- II** - gastos ocorridos no período de carência;
- III** - apresentação de documentos fora das especificações definidas pela CABESP;
- IV** - procedimentos constantes no artigo 10, quando realizados sem a autorização prévia expressa da CABESP.

CAPÍTULO XIII DO PAGAMENTO

Art. 29. O pagamento das mensalidades, do titular e de seus dependentes, quando houver, será efetuado mensalmente na data escolhida pelo Titular/Contratante, quando do preenchimento da Proposta de Inscrição, que poderá ser 01, 10 ou 20 por meio de único débito em conta corrente no Santander ou boleto bancário.

§ 1º. Será cobrado o “pró-rata” entre a data do início da vigência do plano e a data de vencimento da mensalidade, no pagamento da segunda parcela.

§ 2º. Quando houver alteração na data de pagamento, ocorrerá cobrança de “pró-rata” proporcional ao período.

Art. 30. O valor da mensalidade na data da inscrição do plano será estabelecido conforme tabela em vigor – ADITIVO 1, de acordo com a faixa etária em que se enquadrar o Titular e seu(s) dependente(s) nos termos da Lei.

Art. 31. Os Titulares/Contratantes obrigam-se a pagar à CABESP os seguintes valores:

- I** - as mensalidades, por beneficiário, na data de seus vencimentos;
- II** - coparticipação, em procedimentos de Saúde Mental, quando devida;
- III** - utilização indevida, feita por pessoa sem direito à Assistência ou sem autorização prévia;

IV - faltas injustificadas, quando qualquer beneficiário faltar ao procedimento marcado, sem comunicação prévia de no mínimo 24 (vinte e quatro) horas;

V - emissão de 2ª via do Cartão de identificação do plano Cabesp Família ou do convênio de reciprocidade.

Art. 32. É vedado ao participante do Plano Cabesp Família efetuar qualquer tipo de pagamento diretamente ao prestador referenciado, exceto quando se tratar de procedimentos e/ou serviços não cobertos pelo Plano.

Art. 33. Reajuste da Mensalidade:

§ 1º Os reajustes anuais serão aplicados no Plano Coletivo por Adesão no mês de maio de cada ano, sendo o primeiro em 2004 e assim sucessivamente.

§ 2º Independentemente do reajuste anual, as mensalidades poderão ser majoradas também de acordo com a variação dos custos médico-hospitalares, despesas comerciais, administrativas e gerais conforme planilha técnica.

§ 3º Os percentuais de reajuste por mudança de faixa etária, na qual o beneficiário se enquadra, incidirão no mês subsequente ao aniversário, conforme variações de percentuais entre elas, abaixo definidas:

I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;

II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade, 16,1127% superior à anterior;

III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade, 16,1087% superior à anterior;

IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade, 16,1095% superior à anterior;

V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade, 16,1058% superior à anterior;

VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade, 16,1113% superior à anterior;

VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade, 16,0982% superior à anterior;

VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade, 34,8261% superior à anterior;

IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade, 34,81% superior à anterior;

X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais de idade, 34,1051% superior à anterior.

Art. 34. Se durante a vigência do contrato, o Titular e seu (s) dependente (s), se houver, não utilizarem qualquer cobertura, não estarão isentos do pagamento das respectivas mensalidades.

CAPÍTULO XIV

DOS ATRASOS DE PAGAMENTO

Art. 35. O atraso no pagamento da(s) mensalidade(s), coparticipação(ões), utilização(ões) indevida(s), segunda via do Cartão de identificação Cabesp Família ou do convênio de reciprocidade e de demais valores devidos à Cabesp, implicará em:

Parágrafo Único. Multa de 2% sobre os valores devidos, além de mora de 0,05% ao dia ou 1,5% ao mês.

Art. 36. Ainda que não receba o documento de cobrança ou o débito em conta corrente, o beneficiário não estará isento da obrigação do pagamento da mensalidade no seu vencimento.

Art. 37. O banco não está autorizado a receber o pagamento após 60 (sessenta) dias do vencimento do documento de cobrança.

Art. 38. À CABESP é assegurado o direito de cobrar em juízo, os valores não pagos pelo titular/contratante, independentemente da notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial.

CAPÍTULO XV

DA EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Art. 39. O beneficiário será excluído do Plano sem direito a devolução dos valores pagos, ressalvando o disposto no § 3º, e, a qualquer título, nas seguintes ocorrências:

I - solicitação de cancelamento de forma escrita e assinada pelo Titular/Contratante;

II - não pagamento da(s) mensalidade(s), coparticipação(ões), utilização(ões) indevida(s), segunda via do Cartão de identificação do plano Cabesp Família ou do convênio de reciprocidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos;

III - omissão ou prestação de informações incorretas, ou tentativa por qualquer meio doloso ou fraudulento para obter vantagens deste plano em benefício próprio ou de outrem;

IV - falecimento do beneficiário;

V - recusa ou dificuldade por parte do (s) beneficiário (s) de efetuar exames ou diligências necessárias a resguardar direitos próprios e da CABESP;

VI - perda da elegibilidade.

§ 1º Em todos os casos de exclusão, o beneficiário se obriga a devolver ou inutilizar os respectivos Cartões Cabesp e do convênio de Reciprocidade, caso possua.

§ 2º A exclusão do Plano não quita débitos existentes, que serão cobrados oportunamente.

§ 3º Será devolvida a mensalidade "pró-rata" do mês, quando esta estiver quitada, para os itens previstos neste artigo, exceto inciso II.

§ 4º A exclusão do titular do plano implicará na exclusão de seus dependentes.

Art. 40. O beneficiário que foi excluído por falta de pagamento poderá aderir novamente ao Plano desde que:

I - não existam débitos pendentes junto à CABESP;

II - cumpra as carências previstas neste regimento.

CAPÍTULO XVI DA MUDANÇA DE ACOMODAÇÃO

Art. 41. O beneficiário já inscrito e que solicitar alteração do padrão de acomodação terá o plano vigente cancelado concomitantemente à inscrição no novo plano.

Parágrafo Único. Quando a alteração for para um padrão de acomodação superior, o beneficiário continuará a ter direito às coberturas de sua acomodação de origem desde que já tenha cumprido os prazos de carência, até o cumprimento da carência do novo padrão de acomodação.

CAPÍTULO XVII DO FALECIMENTO

Art. 42. O falecimento de beneficiário do plano deverá ser comunicado no prazo de até 30 (trinta) dias à CABESP, através da apresentação do atestado de óbito.

Art. 43. No caso de falecimento do Titular/Contratante, os beneficiários inscritos na data do óbito poderão permanecer no plano de Assistência à Saúde, sem interrupção da cobertura, desde que no prazo de 30 (trinta) dias efetuem a substituição do Titular/Contratante.

§ 1º Existindo o cônjuge/companheiro(a) inscrito(a) no plano, este passará a ser Titular, sendo necessário o preenchimento de nova Proposta para substituição de titularidade do plano.

§ 2º Na ausência de cônjuge/ companheiro(a) inscrito(a), mas existindo outro dependente capaz, este passará a ser Titular, sendo necessário o preenchimento de nova Proposta para substituição de titularidade do plano.

§ 3º Inexistindo o cônjuge/companheiro(a) inscrito(a), ou outro dependente capaz, os familiares indicarão um(a) responsável pela manutenção do plano para o(s) dependente(s), mediante preenchimento de Proposta para substituição do contratante, sendo que este(a) não ingressará na Assistência Médica.

§ 4º A assinatura da Proposta de Inscrição para substituição da titularidade ou do contratante pelo novo Titular ou Contratante, implica na sua sub-rogação em todas as obrigações do falecido.

CAPÍTULO XVIII DA SEPARAÇÃO JUDICIAL E/OU DIVÓRCIO

Art. 44. Em caso de Divórcio ou Separação Judicial do Titular, os dependentes e/ou familiares, já inscritos no Cabesp Família, poderão nele permanecer, porém, não serão inscritos novos familiares do Ex-Cônjuge do Titular.

Art. 45. O Ex-Cônjuge do Titular ao permanecer no Plano preencherá uma Proposta de Inscrição, e tornar-se-á Titular deste novo plano, respeitando-se as carências já cumpridas.

Parágrafo Único. As mesmas condições previstas no "caput" desse artigo, aplicam-se para os beneficiários qualificados como companheiro(a).

CAPÍTULO XIX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. O presente regimento poderá sofrer alterações a qualquer tempo a critério da CABESP, sempre em estrita consonância com as normas regulamentadoras dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 47. O Titular/Contratante obriga-se a fornecer documentos que venham a ser exigidos pela CABESP para fins de comprovação, por exemplo, de dados cadastrais, resultados de exames, etc.

Art. 48. A CABESP poderá recusar inscrição de Ex-Associado ou Ex-Titular que tenha sido excluído por fraude.

Art. 49. Nenhuma responsabilidade caberá a CABESP pelos atendimentos previstos neste Plano, por dano resultante de dolo ou culpa, concordando expressamente o Titular/Contratante e seus dependentes que tal responsabilidade será exclusiva do profissional ou da entidade hospitalar que a ele deu causa.

Art. 50. As divergências de natureza médica relacionadas à extensão e a forma de cobertura de atendimento previstas neste regimento serão dirimidas por uma junta médica constituída por três membros, sendo um nomeado pela CABESP, outro pelo Titular/Contratante e um terceiro, quando necessário, escolhido de comum acordo entre as partes, sendo o custo do terceiro rateado entre as mesmas.

Art. 51. A partir de 06/12/2004, a inscrição de novos Planos de Acomodação Coletiva ou Enfermaria, prevista no artigo 11- inciso II, fica suspensa por prazo indeterminado, mantendo-se apenas em vigor aqueles adquiridos até 05/12/2004.

Art. 52. A omissão das partes quanto ao exercício de quaisquer direitos e prerrogativas previstas neste instrumento, será entendida como mera tolerância, inclusive eventuais coberturas deferidas em caráter de excepcionalidade, que não caracterizarão novação ou repactuação do contrato.

Art. 53. Todos os casos omissos serão analisados e deliberados pela CABESP.

Art. 54. O presente Regimento obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

Art. 55. As partes elegem o Foro de São Paulo - Capital para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente Plano, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXO 1

RELAÇÃO DE GRAU DE PARENTESCO

CONSANGUÍNEO

1º Grau

Pai / Mãe

Filho / Filha

Menor Sob Guarda

2º Grau

Irmão / Irmã

Avô / Avó (Paterno e Materno)

Neto / Neta

3º Grau

Bisavô / Bisavó (Paterno e Materno)

Tio / Tia (Paterno e Materno)

Sobrinho / Sobrinha

Bisneto / Bisneta

4º Grau

Primo / Prima

Trisavô / Trisavó

Trineto / Trineta

Tio- Avô / Tia- Avó

Sobrinho- Neto / Sobrinha- Neta

POR AFINIDADE

1º Grau

Sogro / Sogra

Genro / Nora

Menor Sob Guarda do Cônjuge

Enteado / Enteada

Padrasto / Madrasta do Associado, Ex- Associado e Cônjuge

2º Grau

Avô / Avó do Cônjuge

Cunhado / Cunhada

Neto / Neta do Cônjuge

ANEXO 2

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE DEPENDÊNCIA OU GRAU DE PARENTESCO DO TITULAR DO PLANO COM O ASSOCIADO E EX-ASSOCIADO

2.1 - PARENTES DO ASSOCIADO OU EX-ASSOCIADO POR CONSANGUINIDADE	
Para as comprovações de parentesco, além dos documentos abaixo relacionados, anexar documento de identidade do indicador.	
1. FILHOS NATURAIS / ADOTIVOS	- Cópia do documento de identidade do filho ou certidão de nascimento.
2. MENORES SOB GUARDA	- Termo de guarda expedido pelo Poder Judiciário; - Cópia da certidão de nascimento ou documento de identidade do menor sob guarda.
3. TUTELADOS	- Termo de tutela expedido pelo Poder Judiciário; - Cópia da certidão de nascimento ou documento de identidade do tutelado.
4. NETOS	- Cópia da certidão de nascimento do neto.
5. BISNETOS	- Cópias das certidões de nascimento do bisneto e do neto; - Cópia do documento de identidade do bisneto.
6. PAIS	- Cópia do documento de identidade do pai.
7. IRMÃOS	- Cópia do documento de identidade do irmão.
8. AVÓS	- Cópia da certidão de nascimento do associado ou ex-associado; - Cópia do documento de identidade do avô.
9. BISAVÓS	- Cópia da certidão de nascimento do avô; - Cópia da certidão de nascimento do associado ou ex-associado; - Cópia do documento de identidade do bisavô.
10. TIOS	- Cópia do documento de identidade do tio; - Cópia do documento de identidade da mãe ou do pai; - Cópia do documento de identidade do associado ou ex-associado.
11. SOBRINHOS	- Cópia da certidão de nascimento do sobrinho.
12. PRIMOS	- Cópia da certidão de nascimento do primo; - Cópia da certidão de nascimento do associado.
13. TRISAVÓS	- Cópia da certidão de nascimento do avô; - Cópia do documento de identidade do trisavô.
14. TRINETOS	- Cópias da certidão de nascimento do neto; - Cópia da certidão de nascimento do trineto.
15. TIOS-AVÓS	- Cópia do documento de identidade do tio-avô/tia-avó; - Cópia da certidão de nascimento do associado ou ex-associado.
16. SOBRINHOS-NETOS	- Cópia da certidão de nascimento do sobrinho-neto; - Cópia da certidão de nascimento do sobrinho ou cópia do documento de identidade do irmão(ã) do associado.

2.2 - PARENTES DO ASSOCIADO OU EX-ASSOCIADO POR AFINIDADE

Para as comprovações de parentesco, além dos documentos abaixo relacionados, anexar documento de identidade do indicador.

1. GENRO/NORA	- Cópia da certidão de casamento do genro/nora com filha(o) do associado ou ex-associado.
2. PADRASTOS	- Cópia da certidão de casamento do pai ou da mãe do associado com o padrasto/madrasta.
3. PADRASTOS DO CÔNJUGE	- Cópia da certidão de casamento do pai ou da mãe do cônjuge como padrasto/madrasta; - Cópia da certidão de casamento do associado ou ex-associado.
4. CUNHADOS	- Cópia da certidão de casamento do associado ou ex-associado ou copia da certidão de casamento do irmão do associado.
5. SOGROS	- Cópia da certidão de casamento do associado ou ex-associado.
6. AVÓS DO CÔNJUGE	- Cópia da certidão de casamento do associado ou ex-associado; - Cópia da certidão de nascimento e/ou casamento e/ou R.G. de um dos pais do cônjuge.
7. NETOS DO CÔNJUGE	- Cópia da certidão de nascimento do neto; - Cópia da certidão de casamento do associado ou ex-associado.

2.3 – DEPENDENTES DO TITULAR, ASSOCIADO OU EX-ASSOCIADO POR AFINIDADE

1. CÔNJUGE	<p>- Cópia da certidão de casamento.</p>
2. COMPANHEIRO (A)	<p>- Documento que comprove o estado civil do companheiro(a) e do Titular do plano, associado ou ex-associado:</p> <ul style="list-style-type: none">I – Solteiro: certidão de nascimento atualizada;II – Viúvo: certidão de casamento com averbação atualizada;III - Separado judicialmente ou divorciado: certidão de casamento com averbação atualizada, decisão judicial definitiva decretando separação judicial ou divórcio, ou escritura pública de separação ou divórcio. <p>- Documentos para comprovação de união estável:</p> <ul style="list-style-type: none">I - A prova de possuir filho em comum poderá ser feita:<ul style="list-style-type: none">a) através de Certidão de Nascimento;b) decisão proferida em ação de investigação de paternidade transitada em julgado.II - A comprovação da união estável e dependência econômica far-se-á através dos seguintes documentos:<ul style="list-style-type: none">a) prova de dependência junto ao IR;b) declaração por instrumento público de união estável (lavrada em cartório de notas);c) disposições testamentárias;d) anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;e) contrato de locação de imóvel destinado à residência comum, com firma reconhecida;f) escritura definitiva de imóvel adquirido em nome dos interessados, devidamente registrada em cartório de Registro de Imóveis;g) compromisso de venda e compra de imóvel a ser utilizado como residência comum, com firma dos promitentes reconhecida;h) abertura e movimentação de conta bancária conjunta;i) outorga de procuração ou concessão de fiança, de um para outro ou reciprocamente, com firma reconhecida;j) prova de mesmo domicílio;k) registro na Previdência Social em que o(a) companheiro(a) figure como dependente;l) seguro de vida em que conste o companheiro(a) como beneficiário ou vice-versa.m) declarações de dependência expedidas por pessoas jurídicas, tais como, clubes recreativos, associações, fundações, etc.; <p>Para a referida comprovação, os documentos enumerados nos itens a, b, c e d, constituem, por si só, prova bastante e suficiente, devendo os demais serem considerados em conjunto, sendo necessário apresentação de no mínimo três comprovantes distintos .</p> <p>Serão consideradas certidões atualizadas aquelas com data de expedição do cartório de até 90 dias.</p> <p>Observação: Não será admitida declaração por instrumento particular para comprovação de união estável.</p>
3. MENORES SOB GUARDA DO CÔNJUGE	<p>- Cópia da certidão de casamento do titular;</p> <p>- Termo de guarda expedido pelo Poder Judiciário em nome Cônjuge;</p> <p>- Cópia da certidão de nascimento.</p>
4. ENTEADOS	<p>- Cópia da certidão de nascimento e/ou documento de identidade do enteado;</p> <p>- Cópia da certidão de casamento do associado/titular.</p>

ANEXO 3 – GLOSSÁRIO

Autorização prévia – é o conjunto de procedimentos relacionados no Regimento do Plano (capítulo VI, artigo 11) e no Manual de Utilização, que somente poderão ser realizados após anuência expressa da CABESP.

Beneficiário – é o próprio Titular e seus Dependentes ou usuário que teve seu plano contratado por terceiro, aceitos pela CABESP e efetivamente incluídos no plano Cabesp Família.

Carência – é o período de tempo durante o qual o Beneficiário, mesmo com o pagamento da mensalidade em seu nome, não tem direito a determinadas coberturas do plano, inclusive as doenças ou lesões pré-existentes.

Certidão atualizada – é aceita como atualizada a certidão de nascimento ou casamento emitida em cartório no prazo máximo de 90 dias.

Compra de Carência – é a redução ou isenção do período de carência, de uma ou mais modalidades, que é realizada a critério da operadora.

Conceitos da Tabela de Reembolso Cabesp

I- Diárias Hospitalares:

a) Apartamento e Acomodação Coletiva: estão inclusos no valor das diárias: aposentos; registros hospitalares (boletim de internação e alta, censo hospitalar, relatórios, resumo de alta, prontuário etc.); mudança de decúbito e transporte do paciente dentro do hospital; higiene e anti-sepsia do paciente; inalações; preparo do paciente (tricotomia, enteroclasma, etc.) para procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e/ou terapêuticos; assepsia e anti-sepsia de equipamentos e materiais; equipamentos permanentes do aposento; transporte de equipamentos (raio x, eletrocardiógrafo, ultrassom, desfibrilador, monitores, etc.); troca de roupa de banho/cama do paciente e acompanhante, quando for o caso; higienização e desinfecção das dependências; acomodação de um acompanhante quando disponibilizado pela acomodação utilizada; consumo de eletricidade; os seguintes procedimentos de enfermagem: aplicação de medicação ou soros por qualquer via (oral, retal, tópica, etc.), instalação e manutenção de venoclise e aparelhos, enemas, irrigações, lavagens gástrica, vesical e retal, controle de sinais vitais (pulso, PA, temperatura, frequência cardíaca e respiratória), controle de peso, diurese, medida de débitos (fístulas, sondas), curativos, trocas de fraldas, aspiração orotraqueal, nasotraqueal, oral, vesical, gástrica e outras; serviços administrativos; orientação nutricional no momento da alta.

b) Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica, Neonatal e Semi-intensiva: além dos descritos acima, inclui também a monitorização cardíaca, desfibrilador/cardioversor, reanimação, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, nebulizador, aspirador a vácuo, entubação e respirador;

c) Berçário Normal: inclui serviços de enfermagem, berço e serviços administrativos e orientação nutricional no momento da alta. Nos casos de alojamento conjunto (Mãe/RN), não será cobrada a diária do berçário;

d) Berçário Patológico: inclui berço especial, incubadora/isolete, monitores cardíacos, desfibrilador/cardioversor, serviços de enfermagem, taxa de desinfecção terminal e taxa administrativa.

II- Centro Cirúrgico e Obstétrico: compreende local, mesa operatória, rouparia, entubação, serviço de enfermagem do procedimento, assepsia e anti-sepsia (equipe e paciente), focos, controle de sinais vitais, instrumental, equipamento de anestesia, respirador, monitor cardíaco, aspirador elétrico ou a vácuo, oxímetro de pulso, cardioversor, instrumental básico para cirurgia, hamper, taxa de instalação de oxigênio, locomoção do paciente, kit de reanimação de RN, cuidados de higiene e limpeza do RN.

III- Sala de Recuperação Pós Anestésica: compreende a utilização das instalações permanentes e serviços de enfermagem, sob responsabilidade e indicação do médico anestesista, sendo obrigatório sua utilização nos casos de anestesia geral.

IV- Sala de Endoscopia e Quimioterapia: compreende a rouparia da sala, enfermagem e médicos, serviços de enfermagem do procedimento, mesa principal e auxiliar, focos, instrumental cirúrgico, preparo do paciente (tricotomia, sondagens), anti-sepsia da sala e instrumental.

V- Sala de Observação e Repouso (até 06 horas): compreende as instalações da sala, serviços de enfermagem.

Consulta Médica – é o encontro médico-paciente para fins diagnósticos, através de anamnese e exame físico do paciente ou para acompanhamento da evolução da doença, incluídos todos os recursos necessários para a **realização do ato**.

Contratante – Aquele que contrata o plano para um ou mais beneficiários.

Convênio de Reciprocidade – é a assistência médica e hospitalar disponibilizada pela CABESP através de empresas de autogestão em saúde em outros estados nas condições de atendimento por elas estabelecidas.

Coparticipação – é a parte assumida pelo Titular/Contratante nos procedimentos realizados pelos beneficiários conforme cobertura relacionada ao plano escolhido que será debitada em conta corrente no mês imediatamente subsequente ao da apresentação da fatura na CABESP pela Rede Credenciada e na data de pagamento da mensalidade. No reembolso de despesas cobertas conforme plano escolhido o valor da coparticipação será deduzido pela CABESP do valor a ser reembolsado ao Titular/Contratante.

Data de Início da Vigência – é a data subsequente ao pagamento da 1ª mensalidade do plano.

Emergência – são os casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados pelo médico assistente.

Internação Hospitalar Cirúrgica e Obstétrica - é o período no qual o beneficiário fica hospitalizado para realizar um ato cirúrgico ou obstétrico, compreendendo, o ato e o pós-operatório. A internação deverá ser realizada no próprio dia do ato, à exceção da justificada tecnicamente pelo profissional solicitante e aceitação expressa da CABESP.

Internação Hospitalar Clínica – é o período no qual o beneficiário fica hospitalizado para tratamento de doenças que não exigem a realização de um procedimento cirúrgico.

Internação Hospitalar Eletiva – é a internação hospitalar para tratamentos cirúrgicos ou não que, não sendo de urgência ou de emergência, são programados com antecedência pelo médico assistente.

Leito de Alta Tecnologia – unidade de terapia intensiva, unidades de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias, unidades coronarianas, unidades de tratamento de pacientes queimados e unidades de isolamento.

Material Especial – são os utilizados em diagnose e cirurgias por videolaparoscopia, órteses (auxilia o desempenho de um órgão do corpo, p.ex. marca passo, etc), próteses (substituem de forma artificial uma parte do corpo danificada por doença ou acidente, p.ex. pinos, placas, parafusos, válvula cardíaca, etc.), desde que façam parte da cobertura do plano.

Mensalidade – é o valor pago mensalmente e antecipadamente pelo Titular/Contratante, em moeda nacional corrente, para ter direito às coberturas estabelecidas neste regimento.

Plano AR – Assistência Médica Reembolsável: plano de pós-pagamento, ressarcido integralmente pelos associados, e destinado a dependentes que na extinção do plano em 05/05/1990 possuíam mais de 70 anos de idade.

Plano PAFE – Plano autossustentável de Assistência aos Filhos solteiros maiores de 24 anos e aos Equiparados: menor sob guarda, enteadado e tutelado.

Plano PAP – Plano autossustentável de Assistência aos Pais de associados.

Proposta de Inscrição – é o documento formal e legal que contém o questionário a ser preenchido pelo titular/contratante, e a Inscrição de beneficiários.

Rede Credenciada – é a relação de prestadores de serviços médicos e hospitalares (médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, laboratórios, clínicas, hospitais, pronto socorros, entre outros) que formam a Rede Credenciada Cabesp à disposição do beneficiário. Os atendimentos

cobertos pelo plano, realizados na Rede Credenciada, serão remunerados por conta e ordem do beneficiário, diretamente ao prestador pela CABESP, mediante apresentação de guia específica.

* As coberturas disponibilizadas pela CABESP aos Beneficiários na Rede Credenciada são aquelas resultantes de negociação realizada entre a CABESP e o prestador do serviço (perfil de atendimento da Rede Credenciada).

* A inclusão de prestadores na Rede Credenciada, dependerá da concordância do prestador do serviço, como também da análise feita pela CABESP, que decidirá quanto à inclusão. A exclusão ocorrerá a pedido do prestador ou por iniciativa da CABESP, respeitada a legislação vigente. Por essa razão, a Rede Credenciada poderá sofrer alteração a qualquer época. No entanto, essas alterações estarão à disposição do beneficiário através da Central de Atendimento por Telefone, Internet e Intranet e que poderão, a qualquer momento, fornecer informações atualizadas sobre a Rede Credenciada.

Reembolso – é o ressarcimento ao Titular/Contratante do plano das despesas médicas, odontológicas e hospitalares efetuadas pelo beneficiário, em serviços não referenciados, realizados em conformidade com as condições do plano escolhido a exemplo da cobertura e valor estabelecido.

Remoção do Beneficiário – se em caso de doença ou acidente, após os primeiros socorros terem sido prestados, for verificada necessidade de remoção para hospital com recurso, desde que o local onde se encontra não seja credenciado ou não possua recurso para cuidar do paciente, a CABESP organizará os contatos entre sua equipe médica e o estabelecimento hospitalar em que o Beneficiário estiver.

- Nenhum outro motivo que não o da estrita indicação médica poderá determinar a remoção do beneficiário, bem como o seu tipo, se simples ou de suporte avançado. A remoção com cobertura é a terrestre. A decisão da CABESP será tomada mediante relatório do médico assistente ou do serviço hospitalar em que o beneficiário estiver hospitalizado.

- Se a decisão médica for no sentido de remover o beneficiário para hospital melhor equipado, a CABESP contratará e assumirá as despesas com o traslado até o estabelecimento de saúde com infra-estrutura adequada mais próxima, cabendo ao familiar ou a quem solicitar o serviço, a reserva e a confirmação da disponibilidade de vaga no hospital de destino. As remoções realizadas por instituições não pertencentes a Rede Credenciada terão os valores reembolsados ao Titular/Contratante conforme o plano escolhido.

- A remoção do beneficiário será realizada com início a partir do estabelecimento hospitalar que tiver prestado os primeiros socorros. O trajeto até o hospital de destino, não poderá ser superior à distância entre o local do acidente e o município de residência do Titular/Contratante do plano. Os casos de urgência e emergência deverão ser regularizados nas primeiras 24 horas subseqüentes ao feito.

- As despesas médicas de hospitalização, diagnose, terapia, materiais e medicamentos, não cobertos pelo plano, correrão por conta do Titular/Contratante.

- A remoção do beneficiário não será realizada se este estiver em carência para internação ou para obstetrícia.

Retorno – é considerado retorno qualquer encontro médico-paciente para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares, ou exclusivamente para prescrição de medicamentos. Os retornos não são cobertos pelo plano.

Tabela de Reembolso Cabesp – é a tabela que define os valores a serem reembolsados dos procedimentos médico, odontológico, multidisciplinar e de serviços hospitalares (diárias, taxas e equipamentos) cobertos.

Urgência – São os casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações na gestação:

- **Acidentes Pessoais** – eventos ocorridos em data específica provocados por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
- **Complicações na Gestação** – alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

TABELA DE MENSALIDADES - VIGÊNCIA 01/05/2023**PLANO DE REFERÊNCIA (AMBULATORIAL, HOSPITALAR, OBSTETRÍCIA E ODONTOLÓGICA)**

FAIXA ETÁRIA	ACOMODAÇÃO QUARTO INDIVIDUAL COM ODONTOLOGIA*
I- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos	619,75
II- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	715,12
III- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	826,00
IV- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	954,64
V- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	1.103,77
VI- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	1.277,21
VII- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	1.478,39
VIII- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	1.983,52
IX- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	2.664,43
X- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais	3.563,73

* A mensalidade é composta pelo valor da assistência médica, conforme a faixa etária, acrescido de R\$ 27,66 da cobertura odontológica, válida para qualquer idade.