



Associação Paranaense de Assistência à Saúde
dos Membros do Ministério Público do Paraná

REGULAMENTO

ANS: 41861-7



Promed

SUMÁRIO



CAPÍTULO PRIMEIRO – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	3
CAPÍTULO SEGUNDO – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PRODUTO	3
CAPÍTULO TERCEIRO – OBJETO DO REGULAMENTO.....	4
CAPÍTULO QUARTO – NATUREZA DO REGULAMENTO.....	4
CAPÍTULO QUINTO – TIPO DE CONTRATAÇÃO	4
CAPÍTULO SEXTO – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA.....	4
CAPÍTULO SÉTIMO – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL.....	4
CAPÍTULO OITAVO – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	5
CAPÍTULO NONO – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	6
9.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL	6
9.1.2. COBERTURA HOSPITALAR.....	8
9.1.3. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.....	11
9.1.4. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL	12
9.1.5. CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE PARA ATENDIMENTOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA.....	13
CAPÍTULO DÉCIMO – EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	13
CAPÍTULO DÉCIMO PRIMEIRO – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO.....	16
CAPÍTULO DÉCIMO SEGUNDO – DURAÇÃO DO CONTRATO	16
CAPÍTULO DÉCIMO TERCEIRO – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	17

CAPÍTULO DÉCIMO QUARTO – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	18
CAPÍTULO DÉCIMO QUINTO – DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE	18
CAPÍTULO DÉCIMO SEXTO – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	20
16.5. Remoção	21
CAPÍTULO DÉCIMO SÉTIMO – LIVRE ESCOLHA	22
CAPÍTULO DÉCIMO OITAVO – DO REEMBOLSO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	23
CAPÍTULO DÉCIMO NONO – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	24
19.5. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia	25
19.6. Mecanismos de regulação de consultas e exames	26
19.7. Mecanismos de Regulação de Internações Hospitalares	26
19.8. Mecanismos de regulação – redimensionamento da rede credenciada	27
19.10. Mecanismos de regulação – divergência médica ou odontológica	27
CAPÍTULO VIGÉSIMO – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	28
CAPÍTULO VIGÉSIMO PRIMEIRO – REAJUSTE	29
CAPÍTULO VIGÉSIMO SEGUNDO – FAIXAS ETÁRIAS	30
CAPÍTULO VIGÉSIMO TERCEIRO – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	31
CAPÍTULO VIGÉSIMO QUARTO – RESCISÃO/SUSPENSÃO	32
CAPÍTULO VIGÉSIMO QUINTO – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	32
CAPÍTULO VIGÉSIMO SEXTO – DISPOSIÇÕES GERAIS	32
CAPÍTULO VIGÉSIMO SÉTIMO – DA PRIVACIDADE DE DADOS	34
CAPÍTULO VIGÉSIMO OITAVO – ELEIÇÃO DO FORO	35

REGULAMENTO



CAPÍTULO PRIMEIRO **QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

Razão Social: Associação Paranaense de Assistência à Saúde dos Membros do Ministério Público do Paraná

Nome Fantasia: Promed

CNPJ: 12.049.486/0001-31

Registro da Operadora na ANS: Nº 41861-7

Classificação ANS: Autogestão sem Mantenedor ou Patrocinador

Endereço: Rua Mateus Leme, 2018 – 2º. Andar – Centro Cívico – Curitiba – PR – CEP 80530-010

CAPÍTULO SEGUNDO **CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PRODUTO**

Nome Comercial: Paraná Assistência Médica Ltda

Número do Registro do Plano na ANS: 503444/25-2

Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão

Abrangência Geográfica: Estadual

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Vínculo do Beneficiário: Associativo

Padrão de Acomodação: Individual

Plano Opera Exclusivamente como Livre Escolha: Não

Livre Escolha: Sim

Plano Opera com Coparticipação: Não

Coberturas Adicionais do Produto: Emergência e Urgência Fora da Abrangência Geográfica Contratada; Pilates; RPG – Conforme Regulamento.

CAPÍTULO TERCEIRO

OBJETO DO REGULAMENTO

- 3.1. O objeto deste Regulamento é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03.06.1998 (Lei dos Planos de Saúde), com as alterações introduzidas pela Medida Provisória no. 2.177-44/01 e pela Lei no. 10.223/01, visando à cobertura para as despesas de assistência médica e hospitalar (segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia), listadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por intermédio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento ou pela legislação vigente, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

CAPÍTULO QUARTO

NATUREZA DO REGULAMENTO

- 4.1. Trata-se de Plano de Assistência à Saúde sob o regime de contratação Coletivo por Adesão, em caráter aleatório, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes.

CAPÍTULO QUINTO

TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 5.1. Contrato Coletivo por Adesão – Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão destinada a pessoa jurídica de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados e aos demais beneficiários previstos na legislação aplicável.

CAPÍTULO SEXTO

DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

- 6.1. As coberturas previstas neste Regulamento se restringem aos atendimentos realizados no Estado do Paraná, em conformidade com as suas condições, excetuando-se o disposto no item 9.1.5 do presente Regulamento.

CAPÍTULO SÉTIMO

TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

- 7.1. A cobertura do plano de saúde oferecido é ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, em conformidade com as características estabelecidas pela legislação vigente.

CAPÍTULO OITAVO

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 8.1. Poderão ser beneficiários da PROMED os membros do Ministério Público do Estado do Paraná, desde que associado da Associação Paranaense do Ministério Público – APMP – pessoa jurídica constituída em 6 de setembro de 1951, como entidade de classe dos membros do Ministério Público do Estado do Paraná, que estiverem em dia com suas obrigações financeiras perante esta entidade.
- 8.2. Poderão, ainda, ser beneficiários da PROMED, em caráter facultativo:
- a) as viúvas e os viúvos de associados, na condição de pensionista, e seus dependentes, devendo ser notificados pela PROMED para, em 30 (trinta) dias a partir do óbito do beneficiário principal, manifestar a opção de permanência na condição de **beneficiários**;
 - b) os filhos e filhas dos beneficiários que perderem a condição de dependentes para fins do plano de saúde, devendo ser notificados pela PROMED para, em 30 (trinta) dias a partir da perda da mencionada condição, manifestar a opção de permanência na condição de beneficiários;
- 8.3. São considerados dependentes, para os fins do presente Regulamento:
- a) o cônjuge ou companheiro (a), assim reconhecido (a) nos termos da **legislação civil**
 - b) os filhos inválidos ou menores de 21 (vinte e um) anos, ou até 24 (vinte e quatro) anos, desde que, **neste caso**, regularmente matriculados em curso superior;
 - c) grupo familiar do (a) beneficiário (a) descrito (a) no item 8.1 deste Regulamento, limitado ao segundo grau de parentesco consanguíneo em linha reta descendente;
 - d) os parentes afins de primeiro grau do beneficiário (a) descrito (a) no item 8.1 deste Regulamento ou, na falta deste, do seu viúvo ou viúva, restrito ao genro e a nora;
- 8.4. São vedadas: a inclusão e a manutenção simultâneas de ex-cônjuge e companheiro(a) atual.
- 8.4.1– As vedações supra não se aplicam a situações anteriores à publicação deste Regulamento.
- 8.5. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do (a) beneficiário (a) titular no plano de saúde, como previsto no **presente** Regulamento.
- 8.6. A condição de dependente comprovar-se-á na ocasião do pedido de admissão do (a) beneficiário (a) ao plano de saúde, mediante a apresentação de cópia dos documentos comprobatórios, que ficarão arquivados no prontuário do (a) beneficiário (a).
- 8.7. Ao requerimento de inscrição de dependentes e beneficiários facultativos, deverão ser obrigatoriamente anexados pelo (a) beneficiário (a) titular, todos os documentos comprobatórios da condição de elegibilidade, entre os quais:
- a) A relação de parentesco com as respectivas declarações de estado civil;
 - b) A decisão judicial nos casos de: guarda, tutela e curatela.
 - c) A invalidez.
- 8.8. Toda inscrição implica a aceitação irrestrita, por parte dos beneficiários (titulares, dependentes e facultativos), das disposições contidas neste Regulamento.
- 8.9. O Plano oferece cobertura assistencial ao recém-nascido, filho **consanguíneo** ou adotivo do beneficiário, observadas as seguintes condições:
- a) Fica assegurada a inscrição do filho **consanguíneo** ou adotivo do beneficiário, que possa ser incluído no Plano, isento do cumprimento dos períodos de carência e de cobertura parcial temporária, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, e que o beneficiário ao qual seja vinculado não esteja cumprindo carências;

- b) O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda;
 - c) A inscrição do recém-nascido do dependente do Plano observará as condições de elegibilidade previstas neste Regulamento;
 - d) Os filhos e filhas menores de idade adotados por beneficiário do Plano, ou sob guarda ou tutela, podem ser inscritos em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.
 - e) O filho ou a filha cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, pode ser inscrito no Plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
 - f) A inscrição de dependente (recém-nascido, menor, adotado e menor sob guarda ou tutela) observará as condições de elegibilidade previstas neste Regulamento.
- 8.10. O (a) beneficiário (a) será responsável perante a PROMED por comunicar, de imediato, eventuais alterações de endereço (inclusive eletrônico) eventuais alterações o estado civil, bem como qualquer perda da condição de dependência ou elegibilidade ocorrida em relação àqueles incluídos no plano de saúde regulado por este Regulamento.

CAPÍTULO NONO

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 9.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, os beneficiários terão cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, serviços auxiliares e exames complementares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, ou determinados pela legislação vigente, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, conforme preceitua o art. 10 da Lei 9.656/1998, observadas as Diretrizes de Utilização de Tratamento (DUT) da ANS, a saber:

9.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo CFM - Conselho Federal de Medicina;
- b) Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com a quantidade estabelecida no Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;
- c) Exames laboratoriais;
- d) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados e indicados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- e) Exames/procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar;

- f) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- g) Quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;
- h) Radiomoldagem, rádio implante e braquiterapia de alta dosagem;
- i) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, constantes da Diretriz de Utilização da ANS, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - I) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - II) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.
- j) Radioterapia ambulatorial;
- k) Hemodinâmica ambulatorial, procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica, procedimentos que exijam forma de anestesia diversa local, sedação ou bloqueio;
- l) Hemodiálise e diálise peritoneal;
- m) Hemoterapia ambulatorial.
- n) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- o) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme prescrição do médico assistente;
- p) Procedimentos de reeducação e reabilitação física e fisioterapia listados no Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme prescrição do médico assistente;
- q) Tratamentos básicos em regime ambulatorial, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo Código Internacional de Doenças (CID 10), de acordo com as diretrizes estabelecidas no rol vigente à época do evento, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto- infligidas;
- r) Atendimento caracterizados como de urgência e emergência;
- s) Procedimentos obstétricos e assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não;

- t) Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, conforme rol vigente à época do evento;
- u) Remoção por via terrestre no Estado do Paraná, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- v) Participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, caso haja indicação clínica;
- x) Taxas, materiais, contrastes, medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;
- y) O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial, devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial;
- z) Cobertura de sessões de Pilates, até o limite de 16 (dezesseis) sessões por ano, como reabilitação física nas lesões de ombros, joelhos e correção de distúrbio de postura, mediante a apresentação da solicitação médica contendo CID, justificativa e exames de imagem que suportem a indicação médica; será realizada por fisioterapeuta em clínica de fisioterapia e reabilitação com cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e mediante prévia aprovação da PROMED;
- aa) Cobertura de Reeducação Postural Global (RPG) até o limite de 16 (dezesseis) sessões por ano, mediante apresentação de prescrição médica (relatório médico completo, contendo CID) e prévia aprovação da PROMED;
- bb) As consultas médicas serão realizadas em consultório médico credenciado, referenciado ou em clínica médica, escolhidos entre os inscritos na rede credenciada e/ou referenciada, em horário normal de atendimento e previamente agendadas, ou ainda de médico de livre escolha do (a) beneficiário (a), embora não credenciado ou referenciado pela PROMED.

9.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

- 9.1.2.1. Ao (a) beneficiário (a) serão asseguradas as coberturas de Internações hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos de saúde credenciados, observados os prazos de carência e cobertura parcial temporária, bem como as Diretrizes de Utilização de Tratamento (DUT) estabelecida pela ANS, a saber:
- a) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
 - b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
 - c) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - d) Consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

- I) Que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;
 - II) Que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou na legislação vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação contratada.
- e) Órteses e próteses nacionais ou nacionalizadas, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, desde que comprovada a inexistência de similar nacional, prescritos pelos médicos assistentes, observando o seguinte:
- I) Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME (ex: aço, titânio, cerâmica, entre outros) e tipo (ex: cimentado, não cimentado);
 - II) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela PROMED, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, conforme Resolução CFM Nº. 1.956/2010, quando disponíveis, dentre aquelas com registro válido junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- III) A PROMED pode escolher a marca e a procedência do implante a ser coberto, desde que este atenda às especificações determinadas pelo médico assistente.
- f) Medicamentos registrados na ANVISA, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - g) Cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - h) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
 - i) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
 - j) Remoção hospitalar do paciente, por via terrestre, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato em território brasileiro;
 - k) Acomodação e alimentação fornecidas pelo estabelecimento hospitalar ao acompanhante de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais e gestantes (antes, durante e após o parto), conforme indicação do médico assistente;

- l) Tratamentos básicos em regime de internação, para todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas;
- m) Transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- n) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do receptor e do doador, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, exceto medicamentos de manutenção, bem como despesas com captação, transporte e preservação de órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os candidatos a transplantes deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;
- o) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- p) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com a utilização de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- q) Quimioterapia intratecal ou as que demandem internação;
- r) cirurgia refrativa – PRK ou LASIK, desde que preenchidos os requisitos da DUT (Diretriz de Utilização de Tratamento) da ANS.
- s) Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de Stent convencional ou quimicamente tratado;
- t) Laqueadura em caso de patologia materno com risco de vida e/ou em conformidade com a Lei nº 9.263, de 1996 e suas alterações, e o rol vigente à época dos eventos;
- u) Vasectomia em conformidade com a Lei nº. 9.263, de 1996, e suas alterações, e o rol vigente à época do evento;
- v) Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, a saber:
 - I) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
 - II) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - III) Radioterapia de todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos;
 - IV) Hemoterapia;
 - V) Nutrição parenteral ou enteral;
 - VI) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos;
 - VII) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos;
 - VIII) Radiologia intervencionista;
 - XIX) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
 - X) Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos.

- w) Cirurgias cardíacas e hemodinâmicas;
- x) Tratamento de complicações de procedimentos não cobertos;
- y) Tratamentos de todas as doenças relacionadas no CID 10, respeitadas as coberturas previstas no rol vigente à época do evento;
- z) As internações serão processadas mediante expedição de guia de autorização pela PROMED, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverão ser observadas as regras específicas previstas neste Regulamento;
- aa) Assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, esclarecendo-se que se dará a critério do médico assistente, observadas as coberturas asseguradas no presente Regulamento.

9.1.2.2. Para fins de cobertura do disposto na alínea “h” da cláusula 9.1.2.1, o imperativo clínico deverá observar as seguintes regras:

- a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência.

9.1.2.3. As internações serão liberadas mediante pedido de internação feito pelo médico assistente e guia de internação expedida pela PROMED, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverá ser observado o capítulo específico previsto neste Regulamento.

9.1.3. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

9.1.3.1. Compreende toda a cobertura definida na segmentação hospitalar deste Regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e pós-parto, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la, a saber:

- a) Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
 - I) Pré-parto;
 - II) Parto; e
 - III) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doença e/ou Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.
- c) Cobertura do parto normal realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

9.1.4. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

- 9.1.4.1. Cobertura das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e legislação vigente à época do evento e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ 10ª Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde, observadas as Diretrizes de Utilização de Tratamento estabelecidas pela ANS.
- 9.1.4.2. Entende-se por portador de transtorno psiquiátrico identificado o beneficiário que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação) em situação instável, do ponto de vista clínico, e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional e codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde.
- 9.1.4.3. 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.
- 9.1.4.4. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou na legislação vigente, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão cobertos pelo plano, observadas as respectivas Diretrizes de Utilização de Tratamento (DUT) da ANS.
- 9.1.4.5. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida e de danos físicos para próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- 9.1.4.6. A psicoterapia de crise, entendida como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental com duração de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e suas atualizações.
- 9.1.4.7. Entende-se por internação em hospital-dia (12 horas) para transtornos mentais o recurso intermediário entre a internação hospitalar e o ambulatorio.
- 9.1.4.7.1 – A cobertura é garantida quando diagnosticada pelo médico assistente patologias psíquicas com cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, observada a respectiva Diretriz de Utilização de Tratamento da ANS.
- 9.1.4.8. A cobertura oferecida pelo Plano é aquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a segmentação contratada, editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, para procedimento psiquiátrico, que requeira internação hospitalar, com cobertura integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, observadas as seguintes condições:
 - a) Quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, será cobrada coparticipação financeira crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 10% (dez por cento), no primeiro mês, 20% (vinte por cento) no segundo mês, 30% (trinta por cento) no terceiro mês, 40% (quarenta por cento) no

quarto mês e 50% (cinquenta por cento) a partir do quinto mês, em cada procedimento, tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico efetivamente pago, na forma da regulamentação vigente;

- b) Cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas na normativa vigentes e;
- c) Cobertura para psicoterapia nos moldes previstos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento.

9.1.5. CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE PARA ATENDIMENTOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

9.1.5.1. O presente plano de saúde abrange a possibilidade do beneficiário ser atendido em outro Estado da Federação, desde que haja convênio de reciprocidade firmado com a PROMED e se enquadre em uma das situações que se seguem:

I – Exclusivamente serviços de urgência e emergência;

II – Serviços de atendimento eletivo em outra unidade da federação, para beneficiários que estejam provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, desde que este fato seja comunicado a PROMED.

9.1.5.2. O atendimento médico-hospitalar descrito no inciso I do item anterior, fica restrito às normas da entidade conveniada, em conformidade com o convênio de reciprocidade;

9.1.5.3. Na hipótese de se configurar a situação do inciso II do item anterior, o beneficiário deverá solicitar ao plano de saúde da PROMED autorização para utilizar a rede credenciada da entidade congênere da unidade da federação que está residindo.

9.1.5.4. Na assistência ao beneficiário do plano da PROMED por convênio de reciprocidade, serão observadas as regras estabelecidas no presente Regulamento e as normas da ANS, inclusive com referência a observância de prazos de carência, cobertura parcial temporária, exclusões, coparticipações e outras expressamente previstas.

9.1.5.5. O beneficiário para ser atendido na rede credenciada da entidade conveniada em outro Estado, exclusivamente nas situações descritas nos itens anteriores, deve identificar-se através da apresentação de documento oficial de identidade, a saber:

I – Carteira de identificação do plano de saúde, para as situações de urgência e emergência, e documento oficial com foto;

II – Autorização para atendimento expedida pela entidade conveniada do local.

CAPÍTULO DÉCIMO EXCLUSÕES DE COBERTURA

10.1. Não são passíveis de cobertura:

- i) Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas por autoridade competente;
- ii) Exames e tratamentos sem justificativa médica ou que não se destinem ao tratamento de doenças, anomalias ou lesões;

iii) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizados no país;
 - b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou
 - c) não possui as indicações na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
- iv) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes, bem como atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica e Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Federal de Odontologia;
 - v) Interrupção provocada da gravidez e suas consequências imediatas e tardias, excetuadas as hipóteses legais;
 - vi) Teste psicotécnico, ginástica, dança, massagem, ducha, ioga, natação e outros esportes;
 - vii) Tratamento de esterilidade, salvo vasectomia e laqueadura, na forma prevista na Diretriz de Utilização de Tratamento da ANS;
 - viii) Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
 - ix) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
 - x) Exames para cirurgia de mudança de sexo, ginecomastia masculina e abortamento provocado e quaisquer outras internações hospitalares, cuja finalidade não seja a de exclusivo controle da saúde;
 - xi) Procedimentos e tratamentos (clínicos, cirúrgicos) de rejuvenescimento para fins estéticos, bem como órteses e próteses, para o mesmo fim;
 - xii) Limpeza e tratamento de pele;
 - xiii) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, convalescença e suas consequências;
 - xiv) Aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;
 - xv) Serviços ou tratamentos em locais como: SPA, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, casos sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
 - xvi) Exame de paternidade (DNA);
 - xvii) Despesas com doadores de órgãos, transporte e armazenamento de órgãos para fins de transplante, exceto para casos de rins, fígado, córneas e autólogos;
 - xviii) Cirurgia bariátrica, exceto o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, conforme os ditames da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.766/05, mediante prévia autorização da PROMED;

- xix) Cirurgia de mamoplastia que não tenha por finalidade a recuperação de órgãos e funções;
- xx) Próteses, órteses e seus acessórios não implantados cirurgicamente (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, braços e pernas mecânicos, prótese odontológica etc.), aparelhos auditivos (exceto implante coclear);
- xxi) Despesas com acompanhantes, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas com deficiência ou gestantes (antes, durante e após o parto, salvo contraindicação justificada pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente na forma do artigo 4º, inciso I, da Resolução 465/21 ou outra que venha a substituí-la);
- xxii) Despesas extra-hospitalares, inclusive de acompanhantes (telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições, objetos danosos em geral e outras despesas de caráter pessoal ou particular) e Permanência hospitalar após alta médica;
- xxiii) Despesas com atendimentos prestados antes do cumprimento dos prazos de carências, salvo em caso de urgência e emergência;
- xxiv) Despesas com recém-nascidos que não tenham sido inscritos no Plano após 30 (trinta) dias da data de nascimento;
- xxv) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- xxvi) Internação em acomodação diferente da definida no Regulamento e todas as despesas adicionais daí consequentes;
- xxvii) Internação para checkup;
- xxviii) Remoção de pacientes para fora do território nacional;
- xxix) Fornecimento de medicamentos e produtos de saúde para tratamento domiciliar, salvo aqueles utilizados nos tratamentos de neoplasia maligna, de acordo com as regras de regulação estabelecidas pela ANS;
- xxx) Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- xxxi) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- xxxii) Medicamentos utilizados em regime ambulatorial, à exceção de quimioterápicos, antineoplásicos e implantes radioterápicos e assemelhados, utilizados no tratamento específico de neoplasia maligna, consoante a Diretriz de Utilização de Tratamento (DUT) da ANS.
- xxxiii) Exames admissionais e demissionais, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, doenças ocupacionais e/ou decorrentes de acidentes de trabalho e suas consequências;
- xxxiv) Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- xxxv) Demais procedimentos não relacionados no tema Cobertura e Procedimentos Garantidos;
- xxxvi) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano;

- xxxvii) Exame para instruir processo judicial;
- xxxviii) Exames preparatórios para realização de procedimentos não cobertos;
- xxxix) Procedimentos não constantes do Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde da ANS ou na legislação vigente, ou que não estejam em conformidade com as Diretrizes de Utilização de Tratamento (DUT) da ANS;
- xl) Medicina de família e comunidade, Medicina do trânsito, Medicina esportiva e Medicina legal;
- li) Procedimentos e/ou eventos não previstos no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS solicitados com base no § 13, do artigo 10 da Lei n. 9.656/98, em que não for comprovado pelo beneficiário a inexistência de outro tratamento ou procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol da ANS;
- lii) Procedimentos cuja incorporação ao Rol foi expressamente excluída ou indeferida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- liii) Terapias especiais para tratamento de portadores de transtornos globais de desenvolvimento conforme critérios do DSM 5, que não sejam realizadas em estabelecimentos de saúde, ou seja, quando realizados em ambiente natural, tal como: domicílio, escola ou outros ambientes;
- liv) Exames admissionais, periódicos e demissionais, bem como aqueles para a prática de esportes, academias de ginástica, piscina, aquisição ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) e similares;
- lv) Curativos, materiais e medicamentos de qualquer natureza ministrados ou utilizados fora do regime hospitalar;
- lvi) Itens de higiene pessoal, tais como: fraldas, absorventes, coletores menstruais, lenços umedecidos, escova dental, fio dental, creme dental, shampoo, condicionador de cabelo, cremes corporais, sabonetes, toalhas, roupões, cotonetes, perfumes, desodorantes, enxaguantes bucais, algodões e similares;
- lvii) Cuidador de idosos; e
- lviii) Escleroterapia de varizes ou varicoses.

CAPÍTULO DÉCIMO PRIMEIRO

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

- 11.1. Será adotado o padrão de acomodação em quarto privativo.

CAPÍTULO DÉCIMO SEGUNDO

DURAÇÃO DO CONTRATO

- 12.1. O prazo de vigência é indeterminado.
- 12.2. Considerar-se-á, para início do prazo de vigência, a data de assinatura deste Regulamento

CAPÍTULO DÉCIMO TERCEIRO

PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 13.1. Não será exigido o cumprimento de carências, observado o disposto no item 8.9, se:
- a) A inscrição do beneficiário e seus dependentes no plano ocorrer no ato da vinculação do membro do Ministério Público à Associação Paranaense do Ministério Público (instituidora);
 - b) cônjuge ou companheiro(a) incluído no prazo de 30 (trinta) dias contados da data do casamento ou união estável;
 - c) a inscrição de filhos naturais ou adotivos ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, e que o beneficiário ao qual seja vinculado não esteja cumprindo carências;
 - d) a inscrição de genro e nora ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias contado da data do casamento ou união estável, e que o beneficiário ao qual seja vinculado não esteja cumprindo carências.
- 13.2. Para os casos restantes, a prestação de assistência à saúde somente será disponibilizada após o vencimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.
- 13.3. Os prazos de carência são contados a partir da data da confirmação da inscrição do beneficiário no Plano, bem como de seus dependentes ou associados facultativos.
- 13.4. Na assistência médico-hospitalar, os prazos de carência são:
- a) **24 (vinte e quatro) horas** para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
 - b) **30 (trinta) dias** para consultas e exames de patologia clínica;
 - c) **90 (noventa) dias** para procedimentos de diagnóstico e terapia, a saber: eletrocardiograma convencional; endoscopia em regime ambulatorial; exames radiológicos **simples sem contraste**; histocitopatologia; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto a videolaringostroboscopia; inaloterapia; prova de função pulmonar; teste ergométrico; procedimentos de reabilitação e fisioterapia;
 - d) **180 (cento e oitenta) dias**: internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial, exames e procedimentos especiais, a saber: angiografia, arteriografia, eletroencefalograma convencional, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; eletrocardiograma dinâmica (holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; litotripsia; radiologia com contraste e intervencionista; cineangiocoronariografia e videolaringostroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; tratamento esclerosante de varizes de esôfago; hemodiálise e diálise peritoneal; endoscopia que não possa ser realizada em regime ambulatorial; eletromiografia; eletroneuromiografia; quimioterapia e radioterapia e hemoterapia, e os demais atendimentos médicos não elencados no item anterior;
 - e) 300 (trezentos) dias para partos a termo.

CAPÍTULO DÉCIMO QUARTO

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 14.1. O beneficiário (titular, dependente ou associado facultativo) informará a PROMED, quando expressamente solicitado, por meio de Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes no momento da adesão ao Plano, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão.
- 14.2. Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei 9656/1998, o inciso IX do art. 4º. da Lei no. 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas pela Resolução Normativa ANS no. 558, de 2022, e suas alterações.
- 14.3. Entende-se por Cobertura Parcial Temporária (CPT) a suspensão parcial ou integral, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.
- 14.4. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária (CPT), a PROMED somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente.
- 14.5. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, disponível no sítio eletrônico www.ans.gov.br.
- 14.6. Decorridos 24 (vinte e quatro) meses de adesão ao Plano, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- 14.7. É vedada alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela PROMED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 14.8. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias na hipótese de recém-nascido, menor, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento da paternidade;
- 14.9. Na hipótese da não inscrição no prazo previsto no item 14.8, ocorrerá a arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.
- 14.10 – O titular e seus dependentes incluídos por ocasião da posse do cargo de Promotor substituto e admissão como associado da APMP (instituidora), estão desobrigados do preenchimento da Declaração de Saúde e do cumprimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

CAPÍTULO DÉCIMO QUINTO

DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- 15.1. A PROMED disponibilizará os formulários de Declaração de Saúde, atendendo ao disposto na Resolução Normativa ANS no. 558, de 2022, e suas alterações, a fim de que o titular possa relacionar, no momento da adesão ao Plano, por si, seus dependentes e associados facultativos, todas as doenças e lesões preexistentes de que sabia serem portadores, sob pena de sua omissão ser caracterizada como fraude.

- 15.2. O beneficiário ou representante legal, por si e seus dependentes e associados facultativos, é obrigado a informar a PROMED, no ato da sua inclusão, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura da proposta de inscrição, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou exclusão do Plano, e indenização por eventuais prejuízos.
- 15.3. É facultado a PROMED o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes.
- 15.4. A PROMED reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente Plano, sendo que o beneficiário titular, por si e seus dependentes e associados facultativos, autoriza a PROMED a proceder os levantamentos que se fizerem necessários.
- 15.5. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário ou do representante legal, a existência de doença ou lesão que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a PROMED oferecerá ao beneficiário Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- 15.6. Caso a PROMED não ofereça Cobertura Parcial Temporária (CPT) no momento da adesão ao Plano, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária (CPT). Identificado indício de fraude por parte de beneficiário referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da adesão ao Plano, a PROMED comunicará o fato imediatamente por meio de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS para julgamento de informação de omissão na Declaração de Saúde ou após recusa do beneficiário às opções de Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- 15.7. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de que omitiu a informação na Declaração de Saúde sobre a existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da PROMED no prazo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento da notificação, a fim de que a operadora possa encaminhar toda documentação à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que fará o julgamento administrativo sobre a procedência da alegação.
 - 15.7.1. A PROMED poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença ou lesão preexistente.
- 15.8. Até a publicação, no Diário Oficial da União, pela ANS, do encerramento do processo administrativo, não será permitida negativa do atendimento ao beneficiário, assim como a sua suspensão ou mesmo exclusão do Plano.
- 15.9. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.
- 15.10. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 15.11. Após o julgamento, e acolhida, pela ANS, a alegação da PROMED, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente.
- 15.12. Sendo o julgamento final favorável à PROMED, apenas o beneficiário que foi parte no respectivo processo será excluído do Plano. No caso de excluído ser o titular, este poderá transferir a titula-

ridade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do Plano.

CAPÍTULO DÉCIMO SEXTO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 16.1. Para efeito da cobertura assistencial prevista neste Regulamento, considera-se:
- a) Urgência é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
 - b) Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico;
 - c) Emergência é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 16.2. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitadas às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, em regime ambulatorial. O atendimento de urgência e emergência, durante o período de carência, será garantido até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, observando-se:
- a) No caso de necessidade de internação (mesmo em tempo menor do que 12 (doze) horas) ou se a permanência em ambiente ambulatorial superar esse período, cessará o ônus da PROMED, passando a responsabilidade financeira ao beneficiário ou seu representante legal;
 - b) Caso não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário ou seu representante legal e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a PROMED, desse ônus;
 - c) Caso o paciente não assuma a responsabilidade financeira prevista no item anterior, caberá à PROMED o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do tratamento. Na remoção, a PROMED deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;
 - d) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação;
 - e) Quando o paciente e seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a PROMED estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeira da remoção.
- 16.3. A PROMED garantirá ainda o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.
- 16.4. O atendimento decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridos 24 (vinte e quatro) horas da data de inscrição no Plano, inclusive para os casos que evoluíram para internação.

16.5. Remoção

16.5.1. O Plano oferece cobertura de remoção terrestre em ambulância, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, para os casos de internação hospitalar ou em decorrência desta, quando devidamente comprovada a impossibilidade real de locomoção do paciente, documentada em relatório médico.

16.5.2. As modalidades de remoção cobertas pelo Plano são as seguintes:

- a) Em ambulância simples com acompanhamento médico facultativo, na dependência de justificativa; e
- b) Em ambulância de serviços de tratamento semi-intensivo com acompanhamento médico para casos de pacientes gravemente enfermos, internados em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, ou Unidade Intermediária - UI, e/ou em uso de equipamentos médico-hospitalares.

16.5.3. As remoções poderão ocorrer:

- a) Entre hospitais ou clínicas credenciadas, nos casos de realização de exames complementares e/ou outros procedimentos não disponíveis no estabelecimento de origem ou para transferir definitivamente o paciente para outra clínica/hospital, por falta de condições técnicas e deficiências de serviços;
- b) De serviços não credenciados para a rede credenciada, desde que mantida a internação;
- c) De hospital/clínica para residência do beneficiário, caso haja comprovadamente impossibilidade total do paciente locomover-se por meios próprios e ainda quando a alta hospitalar estiver dependendo da remoção;
- d) Da residência para o hospital/clínica credenciada, apenas quando houver comprovada impossibilidade de o paciente locomover-se por meios próprios e se o paciente permanecer internado após atendimento no hospital/clínica;
- e) Para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade da prestação de assistência, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a permanência do paciente, só cessando a responsabilidade do Plano sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

16.6. Será garantida a remoção Inter hospitalar do paciente dentro dos limites da área de abrangência do plano, via terrestre, comprovadamente necessária e mediante manifestação do médico assistente, e prévia autorização da PROMED.

16.7. Será garantida remoção terrestre para hospital credenciado ou conveniado da rede do SUS (ambulância simples ou por Unidade de Terapia Intensiva móvel) e o transporte entre estabelecimentos hospitalares, dentro do Estado do Paraná, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de beneficiário que esteja cumprindo período de carência para internação.

16.8. A cobertura de remoção será garantida depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do atendimento ao paciente ou pela necessidade de internação, para os beneficiários que estiverem cumprindo carência.

- 16.9. Quando não puder haver remoção por risco de morte ou que o beneficiário esteja cumprindo período de carência, ele ou seu representante legal e o prestador do atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a PROMED desse ônus.
- 16.10. Caberá a PROMED o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para a unidade do SUS, que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.
- 16.11. A PROMED disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantia da manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário, quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 16.12. Quando o beneficiário ou seu representante legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item anterior, a PROMED estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO DÉCIMO SÉTIMO

LIVRE ESCOLHA

- 17.1. Na modalidade de livre escolha, o beneficiário utiliza-se dos serviços de profissionais e de estabelecimentos não credenciados conforme as coberturas assistenciais garantidas pelo Plano, respeitada a área de abrangência geográfica, pagando-lhes diretamente as despesas que serão, posteriormente, reembolsadas pela PROMED, até o limite previsto nos referenciais de Reembolso utilizados pelo Plano, disponíveis para consulta no site da PROMED.
- 17.2. A análise para o reembolso previsto nos termos deste Regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais:
 - a) Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico ou CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;
 - b) Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por nota fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;
 - c) Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.
 - d) Os casos de consulta médica condicionam-se apenas a: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação da consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento
- 17.3. Para os dependentes os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o titular.
- 17.4. Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais ou cópias digitalizadas devidamente conferidos e aceitos com protocolo.
- 17.5. Não serão aceitos desmembramentos de recibos para um mesmo evento.
- 17.6. Após a aceitação dos documentos apresentados e a comprovação do evento e das despesas, por intermédio de auditoria médica, o pagamento do reembolso das despesas será efetuado conforme cronograma de reembolso:

- a) Documentos protocolados ou postados até o dia 15 (quinze) serão pagos, preferencialmente, até o dia 30 (trinta) do mesmo mês;
 - b) Documentos protocolados ou postados até o dia 30 (trinta) serão pagos, preferencialmente, até o dia 15 (quinze) do próximo mês.
- 17.7. O reembolso das despesas será efetuado por intermédio de depósito bancário, em conta corrente, em nome do beneficiário que efetuou o dispêndio.
- 17.8. O valor do reembolso não será, sob hipótese nenhuma, superior ao valor constante na tabela praticada pela PROMED junto à sua rede de prestadores, tabela essa que, aprovada pelo órgão competente, é parte integrante deste Regulamento, que se encontra disponível no sítio eletrônico da PROMED.
- 17.9. A PROMED não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário titular e/ou dependente, ou aquelas não cobertas pelo plano de saúde.
- 17.10. O prazo para apresentação do reembolso é de cento e oitenta dias a contar da data de emissão do comprovante de pagamento da despesa: Nota fiscal ou Recibo;
- 17.11. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a PROMED poderá solicitar ao beneficiário titular documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado, o que acarretará novo prazo de 15 (quinze) dias úteis para depósito da data da juntada dos novos documentos e informações.
- 17.12. Caso não haja apresentação de documentos ou informações complementares no prazo de 15 (quinze) dias úteis, o processo de reembolso será devolvido ao beneficiário titular.
- 17.13. A PROMED se reserva o direito de comparar os valores apresentados para fins de reembolso com aqueles pagos para a realização de procedimentos idênticos ou similares.
- 17.14. As despesas reembolsadas obedecerão aos valores previstos nos referenciais de Reembolso da PROMED, não podendo ultrapassar, em hipótese nenhuma, os valores registrados na Nota Fiscal e pagos pelo beneficiário.

CAPÍTULO DÉCIMO OITAVO

DO REEMBOLSO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 18.1. O Reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados da PROMED, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.
- 18.2. Para fins de reembolso, o associado titular deverá apresentar à PROMED os seguintes documentos, no prazo máximo de até 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data da emissão do comprovante do pagamento da despesa:
- a) Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação da consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento.

- b) Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa etc.), laudo médico, nome e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.
 - c) Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.
 - d) Honorários médicos durante a internação: recibos ou notas fiscais válidas como recibo (quitação da nota fiscal), contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.
 - e) Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome e código do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).
- 18.3. Não haverá reembolso diferenciado por prestador.
- 18.4. A PROMED efetuará o depósito do valor de reembolso em conta bancária do associado titular, conforme cronograma previsto no capítulo décimo sétimo, inciso 17.6 deste Regulamento, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da apresentação de todos os documentos ou na conta corrente bancária de titularidade de outro beneficiário, mediante autorização formal do associado titular, contendo firma reconhecida.
- 18.5. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a PROMED poderá solicitar ao beneficiário documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado, o que acarretará novo prazo de 15 (quinze) dias úteis da data da juntada dos novos documentos e informações.
- 18.6. Caso não haja apresentação de documentos ou informações complementares no prazo de 15 (quinze) dias úteis, o processo de reembolso será devolvido ao beneficiário.
- 18.7. A PROMED se reserva o direito de comparar os valores apresentados para fins de reembolso com aqueles pagos para a realização de procedimentos idênticos ou similares.

CAPÍTULO DÉCIMO NONO

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 19.1. Os beneficiários do Plano serão atendidos por profissionais ou estabelecimentos de saúde escolhidos com base nas opções disponíveis no sítio eletrônico da PROMED, mediante a apresentação de cartão personalizado do Plano, acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais e, quando necessário, da apresentação senha de atendimento para cada evento.
- 19.2. Ao utilizar a rede credenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso referente aos serviços formalmente contratados, cabendo a PROMED efetuar o pagamento diretamente ao credenciado ou contratado, em nome e por sua conta e ordem.

- 19.3. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso.
- 19.4. São mecanismos de regulação adotados pela PROMED:
 - 19.4.1 Perícia Prévia - Exame médico-pericial, com a subsequente emissão do laudo pericial circunstanciado, antecedendo à realização do procedimento solicitado e para seu correto enquadramento de acordo com as normas e benefícios oferecidos pelo Plano;
 - 19.4.1.1. A perícia prévia será realizada em todas as situações nas quais exista a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento (exceto nos casos de urgência), de acordo com os benefícios oferecidos pelo Plano;
 - 19.4.2. Autorização Prévia: Análise da solicitação de procedimentos que, para sua realização, necessitem de autorização da PROMED. Nesse caso será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 3 (três) dia(s) úteis, a partir do momento da solicitação; ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência ou em face da legislação aplicável;
 - 19.4.3. A segunda consulta médica no período de 30 dias quando realizada pelo mesmo médico deverá ser justificada para que não caracterize reconsulta.

19.5. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia

- 19.5.1. Dependerá da prévia autorização da PROMED, a realização dos procedimentos e tratamentos abaixo relacionados:
 - a) INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA: depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, as autorizações deverão ser solicitadas pelas instituições credenciadas responsáveis pelos atendimentos diretamente à PROMED;
 - b) INTERNAÇÕES ELETIVAS E/OU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: as solicitações médicas devem ser apresentadas à PROMED com, pelo menos, 05 (cinco) dias úteis de antecedência da data prevista para internação;
 - c) SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA REALIZADOS EM REGIME AMBULATORIAL: devem ser apresentados para autorização prévia da PROMED;
 - d) SERVIÇOS DE TERAPIAS CONTINUADAS: as solicitações médicas para os atendimentos desta espécie, quais sejam, fisioterapia, psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, nutricionista, terapia ocupacional, devem ser apresentadas para autorização prévia da PROMED;
 - e) UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES, ÓRTESES, SÍNTESES E MATERIAIS ESPECIAIS: as autorizações para procedimentos que envolvam esses materiais deverão ser solicitadas à PROMED com, pelo menos, 15 (quinze) dias de antecedência. Este prazo não se aplica aos casos de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA.
- 19.5.1.1. A rotina para obtenção e emissão da resposta à solicitação médica, será efetuada no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, consoante prescreve o artigo 4.º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98, e suas alterações.
- 19.5.1.2 O prazo da PROMED para decisão das solicitações de liberação/autorização de internações eletivas e/ou procedimentos cirúrgicos, próteses, órteses, sínteses e materiais especiais a eles vinculados, é de 21 (vinte e um) dias conforme determina a ANS.

19.6. Mecanismos de regulação de consultas e exames

- 19.6.1. As solicitações médicas devem conter todas as informações necessárias para análise e emissão das guias de autorização, como justificativa, CID, códigos dos procedimentos solicitados, nome do beneficiário que realizará os procedimentos, carimbo e assinatura do médico solicitante e data da solicitação.
- 19.6.2. As solicitações médicas apresentadas sem as informações mencionadas serão devolvidas ao beneficiário para regularização.
- 19.6.3. Quando se tratar de procedimentos de alta complexidade, a solicitação médica será encaminhada pelo setor de atendimento à Coordenação Médica da Promed, que fará a análise técnica do pedido médico, podendo solicitar mais informações ao médico solicitante ou apresentação de laudos de exames, visando garantir o direito do beneficiário aos procedimentos previstos neste Regulamento.
- 19.6.4. Nas situações em que o parecer do Coordenador Médico seja pelo indeferimento da liberação, o beneficiário será formalmente cientificado, podendo apresentar recurso ao Conselho Diretor da Promed no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar da data do recebimento da cientificação, devendo as respectivas razões impugnarem especificamente os fundamentos da decisão, sob pena de não conhecimento.
- 19.6.5. Mantido o indeferimento pelo Conselho Diretor da Promed o beneficiário será formalmente cientificado, podendo apresentar recurso ao Conselho Deliberativo da Promed no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar da data do recebimento da cientificação, devendo as respectivas razões impugnarem especificamente os fundamentos da decisão, sob pena de não conhecimento.

19.7. Mecanismos de Regulação de Internações Hospitalares

- 19.7.1. As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas a elas vinculadas (centro cirúrgico, instrumental cirúrgico, curativos, alimentação especial, medicamentos de alto custo, órteses, próteses e materiais especiais, remoção intra-hospitalar, entre outros gastos necessários) e os tratamentos clínicos, deverão ser previamente autorizados pela PROMED (exceto casos de urgência e emergência), mediante apresentação de relatório firmado pelo médico assistente, contendo indicação do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e prognóstico quanto à sua duração;
- 19.7.2. Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da senha de autorização (no caso de cirurgias eletivas), a PROMED poderá solicitar ao beneficiário ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser realizado;
- 19.7.3. O prazo de internação, fixado pela PROMED, constará da senha de autorização e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.
- 19.7.4. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar a PROMED laudo conclusivo e fundamentado, indispensável para exame e deliberação da correspondente cobertura.
- 19.7.5. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta hospitalar, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da sua permanência;
- 19.7.6. A PROMED poderá solicitar ao beneficiário que solicite ao médico assistente maiores subsídios técnicos acerca da indicação para os procedimentos requisitados.

- 19.7.7. A PROMED não autorizará a realização de internações, quando requisitadas na véspera de procedimentos eletivos, salvo quando a situação clínica do paciente assim o exigir.
- 19.7.8. As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas à PROMED até o 1º (primeiro) dia útil subsequente, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração firmada pelo médico assistente, a fim de que seja emitida a senha de autorização correspondente, sob pena de não cobertura das despesas.
- 19.7.9. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede credenciada.
- 19.7.10. No caso de implante, a prótese ou a órtese somente poderá ser incluída na fatura mediante prévia solicitação e autorização.
- 19.7.11. As despesas extraordinárias não previstas neste Regulamento e que não estejam sujeitas à cobertura assistencial, tais como, mas não se limitando a: telefonemas, frigobar, itens descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós-morte e outras despesas definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente pelo beneficiário, não sendo passíveis de reembolso pela PROMED.

19.8. Mecanismos de regulação – redimensionamento da rede credenciada

- 19.9.1. A PROMED reserva-se o direito de redimensionar sua rede hospitalar (ampliação, redução ou substituição) nos termos da legislação vigente.
- 19.9.2. No caso de substituição da rede hospitalar por outro equivalente, a PROMED comunicará previamente os beneficiários na forma do que dispõe artigo 17 da Lei no. 9.656/1998.
- 19.9.3. O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será efetuado após autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 19.9.4. Na hipótese de descredenciamento por iniciativa de prestador de serviços, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da PROMED.
- 19.9.5. Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação, os beneficiários permanecerão internados, até a regular alta hospitalar, correndo as despesas por conta da PROMED.
- 19.9.6. Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em virtude de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a PROMED responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

19.10. Mecanismos de regulação – divergência médica ou odontológica

- 19.10.1. As divergências de natureza médica ou odontológica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidos por junta médica ou odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo beneficiário, outro pela PROMED e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, realizada em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN n. 424, de 26 de junho de 2017, e suas alterações, da ANS.
- 19.10.2. Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina ou Odontologia do estado onde resida o beneficiário.

19.10.3. Cada uma das partes pagará os honorários e despesas que nomear, quando não credenciado, sendo os do terceiro desempatador pagos pela PROMED, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN n. 424, de 2017, e suas alterações.

19.10.4. Orientações quanto a eventuais dúvidas a respeito da cobertura assistencial poderão ser obtidas pelo sítio eletrônico da PROMED, telefone ou presencialmente na sede administrativa da operadora.

CAPÍTULO VIGÉSIMO

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 20.1. Este Plano tem a sua formação de preço preestabelecida cujo valor da mensalidade é calculado antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.
- 20.2. A assinatura da ficha de inscrição implica em imediata autorização para desconto em folha de pagamento e/ou conta corrente das mensalidades relativas ao beneficiário titular, seus dependentes inscritos no Plano, podendo ainda ser cobradas por meio de boleto bancário.
- 20.2.1. Caso o Associado Facultativo ou algum beneficiário que tenha optado por efetuar o pagamento mediante boleto bancário não o receba até 3 (três) dias antes do vencimento, deverá comunicar-se com a PROMED a fim de obter informações sobre como efetuar o pagamento, pois eventual perda ou extravio do boleto bancário não o eximirá de efetuar o pagamento na data prevista, sob pena de suspensão do atendimento até a regularização e a cobrança de eventuais acréscimos contratuais e legais.
- 20.2.2. Os beneficiários reconhecem que o valor da mensalidade é revestido de liquidez e certeza, caracterizando-se como título executivo de natureza extrajudicial, para todos os fins de direito.
- 20.2.3. Nenhum pagamento será reconhecido como feito à PROMED se o beneficiário não possuir comprovante devidamente autenticado pelo agente recebedor ou se não observar a forma estabelecida para o pagamento.
- 20.3. O beneficiário titular é o responsável pela inscrição, desligamento e pagamento das mensalidades, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos seus dependentes e associados facultativos.
- 20.4. Os valores pagos em atraso serão acrescidos de encargos financeiros na ordem de 2% (dois por cento) de multa e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, atualizados monetariamente com base na variação do INPC.
- 20.5. O pagamento das mensalidades de determinado mês não quita débitos anteriores.
- 20.6. O excepcional recebimento pela PROMED das mensalidades em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.
- 20.7. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos e tampouco dá direito a descontos.
- 20.8. Correrá por conta do beneficiário titular a despesa pela emissão de segunda via da carteira de identificação.
- 20.9. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Plano e aqueles a este já vinculados.

20.10. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios:

- I. Correio eletrônico (e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura;
- II. Mensagem de texto para telefones celulares (SMS);
- III. mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas;
- IV. Ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor;
- V. Carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou
- VI. Preposto da operadora, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada;
- VII. outros meios que vierem a ser incorporados à Resolução Normativa – RN n. 593, de 2023, da ANS.

20.10.1. Para a notificação por inadimplência, devem ser usadas as informações fornecidas pela pessoa natural a ser notificada e cadastradas no banco de dados da PROMED, obrigando-se a pessoa natural a manter o seu cadastro atualizado.

CAPÍTULO VIGÉSIMO PRIMEIRO

REAJUSTE

- 21.1. Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, no mês de setembro, independentemente da data de inclusão de beneficiários, sem prejuízo da atualização das variações do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária e migração, as quais continuarão a ser feitas na condição e na forma previstas neste Regulamento;
- 21.2. Será considerado reajuste qualquer variação positiva na mensalidade, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do Regulamento.
- 21.3. O reajuste abrangerá todos os beneficiários inclusos no presente Plano, independente de suas faixas etárias e do período em que tenham sido efetivamente incluídos.
- 21.4. O presente Regulamento não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária, migração, adaptação à Lei 9656/98, e o disposto o item 21.7, referente ao primeiro ano de ingresso.
- 21.5. Os valores das mensalidades e as tabelas de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, conforme estudo atuarial, automaticamente até o índice autorizado e divulgado pela ANS para os planos de pessoa física, ou em Assembleia Geral devidamente convocada se o índice for superior ao autorizado pela ANS para os planos de pessoa física, conforme previsão estatutária, e de acordo com a regulamentação em vigor à data da aplicação.
- 21.6. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Regulamento.
 - 21.6.1 Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, ele deverá ser procedido de forma complementar ao reajuste anual.

- 21.7. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Regulamento, entendendo-se esta como data base única – setembro.
- 21.7.1 Não haverá, em nenhuma hipótese, aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado Regulamento.
- 21.8. A contraprestação mensal também será reajustada quando houver alteração de faixa etária do beneficiário titular ou de qualquer dos dependentes incluídos no Plano a que alude o presente Regulamento, o que ocorrerá no mês subsequente em que efetivamente ocorrer a mudança da faixa etária, em percentuais de acordo com o definido em cláusula específica sobre FAIXAS ETÁRIAS deste Regulamento.

CAPÍTULO VIGÉSIMO SEGUNDO

FAIXAS ETÁRIAS

- 22.1. As contribuições são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário (inclusive dependentes e associados facultativos) e correspondem aquelas já estabelecidas na tabela de mensalidades da PROMED.
- 22.2. – As faixas etárias são as seguintes:
- I. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
 - II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
 - III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
 - IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
 - V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
 - VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
 - VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
 - VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
 - IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
 - X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.
- 22.3. Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário (titular, dependente e associado facultativo), que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da contribuição será aumentado a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores estipulados neste Regulamento, independentemente do índice de reajuste anual estabelecido.

FAIXA	CLASSES	PERCENTUAL DE VARIAÇÃO
1	0 a 18	-----
2	19 a 23	5,00%
3	24 a 28	5,00%
4	29 a 33	7,00%
5	34 a 38	7,00%
6	39 a 43	12,00%
7	44 a 48	35,00%
8	49 a 53	20,00%
9	54 a 58	25,00%
10	59 ou +	27,00%

- 22.4. Não incidirá reajuste por alteração de faixa etária para os beneficiários que tenham mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade.
- 22.5. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:
- I. O valor fixado para a última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
 - II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;
 - III. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.
- 22.6. A variação do valor da mensalidade em razão da faixa etária somente incidirá quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

CAPÍTULO VIGÉSIMO TERCEIRO

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 23.1. Perderá a qualidade de beneficiário da PROMED, sem direito à devolução de contribuições pagas, compensação ou indenização de qualquer natureza:
- a) pelo desligamento, apresentado por escrito, com a devolução das carteiras de identificação de todo o grupo familiar;
 - b) por fraude ou tentativa de fraude a PROMED;
 - c) pelo não adimplemento das obrigações de sua responsabilidade perante a PROMED, como o não-pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que sejam comprovadamente notificados até o 50º (quingüésimo) dia da inadimplência;
 - d) por exoneração do quadro do Ministério Público-PR;
 - e) pelo falecimento.
- 23.2. Em qualquer das situações anteriormente relacionadas, caberá ao beneficiário titular a responsabilidade pelo ressarcimento à PROMED em função de utilização indevida das coberturas assistências após o desligamento do Plano, arcando ainda com uma taxa adicional de 10% (dez por cento), incidente sobre os valores dos serviços, dos materiais e de todas as outras despesas relacionada, a título de multa penal, sem prejuízo de outras sanções previstas no presente Regulamento e no Estatuto Social.
- 23.3. O desligamento do beneficiário titular implicará o desligamento de todo o seu grupo familiar, salvo na condição prevista no item 8.2, “a” do presente Regulamento.
- 23.4. Nos casos de exclusão, será cobrado do beneficiário titular ou de seu representante legal, inclusive por via judicial, o saldo devedor proveniente das mensalidades atrasadas e de outras obrigações, acrescido de encargos financeiros na ordem de 1% (um por cento) de juros mensais e 2% (dois por cento) de multa sobre o valor principal.
- 23.5. O uso indevido da cobertura assistencial do Plano por parte de dependente ou associado facultativo é de responsabilidade do beneficiário titular ao qual se encontra vinculado, a quem caberá assumir integralmente as despesas decorrentes de utilização indevida, acrescidos de taxa administrativa na ordem de 2% (dois por cento), afora encargos financeiros.

- 23.6. Ao beneficiário excluído por falta de pagamento de suas obrigações financeiras será permitido novo ingresso no Plano, por meio de preenchimento e assinatura de ficha de inscrição, cumpridos novos prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária, desde que não restem débitos junto a PROMED referentes à utilização da cobertura assistencial que lhe foi oferecida.
- 23.7. Cabe recurso ao Conselho Diretor da PROMED, conforme a origem, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de conhecimento da decisão quanto à exclusão do dependente ou agregado, sem efeito suspensivo.

CAPÍTULO VIGÉSIMO QUARTO

RESCISÃO/SUSPENSÃO

- 24.1. O encerramento do plano de saúde se dará de acordo com o Estatuto Social da PROMED, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

CAPÍTULO VIGÉSIMO QUINTO

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- 25.1. O disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, não se aplicam a este Regulamento, pois se trata de contrato coletivo por adesão.
- 25.2. As adesões a este Regulamento são espontâneas por parte dos beneficiários, podendo ele inserir ou não o seu grupo familiar.

CAPÍTULO VIGÉSIMO SEXTO

DISPOSIÇÕES GERAIS

- 26.1. Fazem parte deste Regulamento a ficha de inscrição e anexos, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, que são disponibilizados aos beneficiários titulares, devendo estes dar conhecimento aos seus dependentes e agregados.
- 26.2. Sempre que solicitado pelo beneficiário titular, será fornecido exemplar deste Regulamento.
- 26.3. Nenhuma responsabilidade, em hipótese alguma, caberá a PROMED por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular, de seus dependentes e associados facultativos provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares escolhidos livremente, não pertencentes à rede credenciada.
- 26.4. O Conselho Diretor da PROMED poderá expedir normas complementares visando à operacionalização deste Regulamento.
- 26.5. A nomenclatura médica de doenças a que se refere este Regulamento segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde e as atualizações dela decorrentes.
- 26.6. Quando da transferência do beneficiário titular, dependentes e associado facultativo para um Plano com mais benefícios, se existente, será contabilizado o tempo de vigência do Plano anterior, cabendo aos beneficiários cumprirem com as carências estipuladas pela PROMED para os novos benefícios;

- 26.7. O beneficiário que optar por internação hospitalar em acomodação superior ao do Plano tornar-se-á responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos). Os valores da diferença serão acertados diretamente com o hospital e os médicos assistentes, não cabendo reembolso por parte da PROMED.
- 26.8. Conforme o disposto pela Resolução Normativa – RN n. 255, de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou norma que vier a sucedê-la, o envio de informações relativas à assistência à saúde prestada aos beneficiários de Planos privados de assistência à saúde são de responsabilidade da PROMED, por meio de seu Responsável Técnico devidamente cadastrado junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia do sigilo médico das informações dos beneficiários.
- 26.9. A utilização dos serviços previstos neste Regulamento, após o desligamento dos beneficiários do Plano de Assistência Médico-Hospitalar/PROMED, será considerada uso indevido, respondendo o beneficiário titular pelas despesas integrais, além de sujeitar-se as penalidades cabíveis.
- 26.10. Qualquer tolerância ou concessão praticada pela PROMED no tocante as coberturas do plano contratado, nos termos da regulamentação vigente, não se constituirão em novação, renúncia ou alteração do pactuado, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelos beneficiários.
- 26.11. O beneficiário obriga-se a comunicar de imediato qualquer alteração em seu endereço de domicílio e endereço eletrônico, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder. A inobservância desta condição não impedirá a PROMED de aplicar automaticamente todas as condições que regem o presente Regulamento.
- 26.12. O beneficiário, por si e por seus dependentes, autoriza a PROMED a prestar todas as informações cadastrais no que respeita aos atendimentos que prestar, solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.
- 26.13. O genro e a nora do TITULAR poderão ser incluídos na PROMED em caráter facultativo, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data do casamento ou união estável, não sendo permitida inclusão após o prazo estabelecido, sendo obrigatória a comunicação à Promed no caso de eventual separação, sob pena de exclusão do titular e grupo familiar.
- 26.14. Não será permitido o reingresso à PROMED dos filhos e filhas do TITULAR que perderam a condição de dependentes para fins deste plano de saúde, independente do motivo da exclusão.
- 26.15. Não será permitido o reingresso ao plano de saúde dos netos e netas do titular, independente do motivo da exclusão.
- 26.16. Nas situações de indeferimento de qualquer solicitação, assistencial ou não assistencial, o beneficiário será formalmente cientificado, podendo apresentar recurso ao Conselho Diretor da Promed no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar da data do recebimento da cientificação, devendo as respectivas razões impugnarem especificamente os fundamentos da decisão, sob pena de não conhecimento.
- 26.17. Mantido o indeferimento pelo Conselho Diretor da Promed o beneficiário será formalmente cientificado, podendo apresentar recurso ao Conselho Deliberativo da Promed no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar da data do recebimento da cientificação, devendo as respectivas razões impugnarem especificamente os fundamentos da decisão, sob pena de não conhecimento.

CAPÍTULO VIGÉSIMO SÉTIMO

DA PRIVACIDADE DE DADOS

- 27.1. A OPERADORA garantirá a privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais que trata em decorrência do presente instrumento, sempre em conformidade com a legislação relativa à privacidade e proteção de dados vigente.
- 27.2. São bases legais que fundamentam o tratamento de dados que realizado em decorrência do presente instrumento, sem prejuízo de outras normas, a Constituição Federal, o Código Civil, a Lei do Marco Civil da Internet (Lei Federal n. 12.965, de 2014), seu Decreto Regulamentador (Decreto n. 8.771, de 2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal n. 13.709, de 2018), a Lei nº. 9.656, de 1998 e normas setoriais ou gerais sobre o tema.
- 27.3. A OPERADORA adota e continuará a adotar todas as medidas razoáveis para garantir a segurança das informações pessoais do TITULAR, contudo, este está ciente de que não há risco zero no que concerne a segurança da informação, sendo impossível garantir que, em qualquer hipótese, eventuais informações não possam ser acessadas de forma inadequada ou ilegal por pessoas mal-intencionadas, sendo dever do TITULAR adotar medidas preventivas para tutelar seus dados pessoais.
- 27.4. A Política de Privacidade da PROMED constitui parte integrante do presente contrato e se encontra disponível para consulta em seu sítio eletrônico promed@promedpr.org.br, devendo sempre que existirem dúvidas acerca do tratamento de seus dados pessoais o TITULAR consultar o referido documento para fins de melhor esclarecimento.
- 27.5. No que concerne aos seus dados pessoais, o TITULAR poderá exercer os seguintes direitos junto à OPERADORA:
- I. Confirmação de existência e acesso aos dados;
 - II. Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
 - III. Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei nº. 13.709, de 2018;
 - IV. Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, conforme regulamentado pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD;
 - V. Eliminação dos dados pessoais tratados com o fundamento no consentimento do titular, nos moldes da Lei.
 - VI. Informação das entidades públicas e privadas com as quais a OPERADORA realizou uso compartilhado de dados;
 - VII. informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;
 - VIII. Revogação do consentimento, se for o caso.
- 27.6. O exercício dos direitos acima estipulados dar-se-á em conformidade com as legislação e regulação específica vigente à época da solicitação, através dos canais de comunicação constantes na Política de Privacidade da OPERADORA para esse fim.
- 27.7. Caso após a leitura da Política de Privacidade, o TITULAR necessite de esclarecimentos acerca do tratamento aplicado a seus dados, deverá entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados Pessoais da OPERADORA, através dos meios de comunicação disponíveis na Política de Privacidade.

- 27.8. O TITULAR declara ciência de que a OPERADORA irá compartilhar seus dados pessoais com terceiros, prepostos e prestadores de serviços a ela vinculados, nos moldes do art. 11, § 4º da Lei nº. 13.709, de 2018, quando necessário para prestação de serviços de saúde.

CAPÍTULO VIGÉSIMO OITAVO

ELEIÇÃO DO FORO

- 28.1. As partes elegem de comum acordo e com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, o foro do domicílio do beneficiário titular para dirimir eventuais conflitos decorrentes deste instrumento.

Curitiba, 08 de maio de 2025.

Symara Motter

Presidente

Willian Buchmann

Diretor Executivo

Nayani Kelly Garcia

Diretora de Planejamento

Nicole Pilagallo da Silva Mader Gonçalves

Diretora de Relações Públicas

Michele Rocio Maia Zardo

Diretora Suplente





**Associação Paranaense de Assistência à Saúde
dos Membros do Ministério Público do Paraná**

Rua Mateus Leme, 2018, 2º andar, Centro Cívico
80530-010 - Curitiba - Paraná.



promedpr.org.br



(41) 3352.2855

ANS: 41861-7

ANEXO I - MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais, que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação da Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
CEP 20021-040 - Rio de Janeiro - RJ



Disque-ANS: **0800 701 9556**
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Operadora: Associação Paranaense de Assistência à Saúde dos Membros do Ministério Público do Paraná (PROMED)

CNPJ: 12049486/0001-31

Nº de registro na ANS: 41861-7

Nº de registro do produto: 503444/25-2

Site: <https://promedpr.org.br>

Tel.: (41) 3352-2855

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

CARÊNCIA	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Planos individuais ou familiares Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	
	Coletivo Empresarial Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
Coletivo por Adesão É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independentemente do número de participantes.		
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Planos individuais ou familiares Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	Coletivo por adesão Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	Planos individuais ou familiares A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática	Coletivo por adesão A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Planos individuais ou familiares Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Coletivo por adesão Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congêneres, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte

do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.
O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

ANEXO II – GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



Operadora: Associação Paranaense de Assistência à Saúde dos Membros do Ministério Público do Paraná (PROMED)
CNPJ: 12049486/0001-31
Nº de registro na ANS: 41861-7
Nº de registro do produto: 503444/25-2
Site: <https://promedpr.org.br>
Tel.: (41) 3352-2855

		Página do Regulamento
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	4
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	4
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	16
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	13
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	18

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	17
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	24
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	16
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	32
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	29
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória
CEP 20021-040 - Rio de Janeiro - RJ



Disque-ANS: **0800 701 9556**
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br