



**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO - CAESAN**

**ANS - nº 363855**

**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS  
EMPREGADOS DA SANEAGO  
CAESAN**

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**REGULAMENTO DE BENEFÍCIOS**



<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>TÍTULO I – Do Programa</b>	<b>4</b>
CAPÍTULO I – Da natureza, denominação e objetivos – Arts. 1º ao 6º	4
CAPÍTULO II – Da inscrição e identificação dos beneficiários, dependentes e agregados – Art. 7º ao 10	5
CAPÍTULO III – Da suspensão e exclusão – Arts. 11 ao 14	8
<b>TÍTULO II – Da Cobertura assistencial</b>	<b>11</b>
CAPÍTULO IV – Da rede credenciada – Arts. 15 ao 24	11
Seção I – Da segmentação ambulatorial – Art. 25	12
Seção II – Da segmentação hospitalar – Art. 26	15
Seção III – Da saúde mental – Art. 27 ao 31	19
Seção IV – Da segmentação obstétrica – Art. 32	20
Seção V – Das doenças e lesões preexistentes – Art. 33	21
Seção VI – Dos atendimentos de urgência e emergência – Arts. 34 e 35	21
Seção VII – Das remoções – Arts. 36 ao 38	21
Seção VIII – Do reembolso de despesas – Arts. 39 ao 47	22
CAPÍTULO V – Das carências – Arts. 48 ao 50	23
CAPÍTULO VI – Das exclusões de cobertura – Art. 51	24
CAPÍTULO VII – Da utilização dos serviços e dos mecanismos de regulação – Arts. 52 ao 65	27
CAPÍTULO VIII – Das participações financeiras – Art. 66	30
<b>TÍTULO III – Do Custeio do programa</b>	<b>30</b>
CAPÍTULO IX – Das contribuições, dos reajustes e das formas de pagamento – Arts. 67 ao 72	30
CAPÍTULO X – Das faixas etárias – Art. 73	32
CAPÍTULO XI – Das Obrigações financeiras da SANEAGO – Art. 74	32
CAPÍTULO XII – Dos ex-empregados ou aposentados – Art. 75	32
<b>TÍTULO IV – Da extinção - Art. 76 e 77</b>	<b>33</b>
<b>TÍTULO V – Das disposições gerais – Art. 78 ao 109</b>	<b>33</b>



## CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO - CAESAN

ANS - nº 363855

<b>ANEXOS</b>	<b>PÁGINA</b>
Anexo I – Glossário	38
Anexo II – Exames e procedimentos especiais	42
Anexo III – Contribuições	43
Anexo IV – Faixas etárias – Agregados	44
Anexo V – Planos	45



## PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CAESAN

### REGULAMENTO DE BENEFÍCIOS

#### TÍTULO I - Do Programa

##### CAPÍTULO I - Da natureza, denominação e objetivos

**Art. 1º** – A Caixa de Assistência dos Empregados da SANEAGO, sob a sigla CAESAN, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob o nº 37.382.009/0001-14, associação sem fins lucrativos com registro de operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o n.º 363855, com sede na Avenida Anhanguera nº. 5004 – Centro – Goiânia – Goiás – CEP 74040-010, classificada na modalidade de autogestão sem mantenedor, tem por finalidade prestar aos seus beneficiários contribuintes, dependentes e agregados, assistência à saúde médico-hospitalar, mediante a oferta de planos coletivos sob o regime de contratação empresarial, na forma e condições previstas neste Regulamento de Benefícios.

**Art. 2º** – O Programa de Assistência à Saúde da CAESAN oferece a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos por meio de rede credenciada, referenciada ou contratada visando à assistência médica e hospitalar com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde - OMS, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

**Art. 3º** – O Programa de Assistência à Saúde da CAESAN é composto por planos coletivos sob o regime de contratação empresarial com segmentação de cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, devidamente registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, constantes no Anexo V, com área de abrangência geográfica restrita ao Estado de Goiás e ao Distrito Federal, à exceção dos casos de urgência e emergência que se estendem ao território nacional.

**Art. 4º** – Os contratantes dos planos são: Saneamento de Goiás S. A. – SANEAGO – CNPJ nº. 01.616.929/0001-02, situada na Av. Fued José Sebba nº. 1.245 – Jardim Goiás - CEP nº. 74.805-100 – Goiânia – Goiás e Fundação de Assistência e Previdência dos Empregados da SANEAGO – PREVSAN - CNPJ nº. 37.382.090/0001-32, situada na Rua 38 nº. 114, Jardim Goiás - CEP nº. 74.805-400, Goiânia, Goiás.



**Art. 5º** – Os serviços de assistência à saúde serão prestados por profissionais, estabelecimentos hospitalares, clínicas, laboratórios e outras pessoas jurídicas credenciadas diretamente pela CAESAN, ou ainda por intermédio de sistema de reembolso de despesas, na forma deste Regulamento de Benefícios.

**Art. 6º** – Este Regulamento de Benefícios traça as diretrizes dos planos coletivos fechados de assistência à saúde, com características de contrato de adesão e bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro.

## **CAPÍTULO - II - Da inscrição e identificação dos beneficiários, dependentes e agregados**

**Art. 7º** - Por se tratar de plano de contratação coletiva empresarial, a cobertura oferecida se estende à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia e administradores das pessoas jurídicas contratantes, demitidos sem justa causa ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

**Art. 8º** – A inscrição no Programa de Assistência à Saúde da CAESAN é privativa dos beneficiários contribuintes, a saber:

I – os empregados ativos da Patrocinadora Instituidora, Saneamento de Goiás S. A. – SANEAGO – CNPJ nº. 01.616.929/0001-02, com sede na Av. Fued José Sebba nº 1.245 – Jardim Goiás - CEP nº 74.805-100 – Goiânia – Goiás.

II – os empregados ativos da Caixa de Assistência dos Empregados da SANEAGO – CAESAN;

III – os empregados ativos da Fundação de Assistência e Previdência dos Empregados da SANEAGO – PREVSAN - CNPJ nº 37.382.090/0001-32, com sede na Rua 38 nº 114, Jardim Goiás - CEP nº 74.805-400, Goiânia, Goiás; e,

IV – ex-empregados, aposentados e pensionistas, exceto aqueles demitidos a pedido ou foram dispensados por justa causa.

**§ 1º** – Para efeito do disposto neste Regulamento de Benefícios equiparam-se à condição de beneficiários contribuintes os empregados que se encontrem em licença por interesse particular, à disposição com ou sem ônus (desde que assumam a parcela devida pelo Patrocinador), e os administradores (diretores) da SANEAGO, CAESAN e PREVSAN, durante o exercício de seus mandatos.

**§ 2º** – Para os empregados em licença por interesse particular ou à disposição, com ou sem ônus, o cálculo da contribuição *per capita* será de acordo com o estabelecido na Tabela de Contribuição por faixas etárias definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com redação dada pela Resolução Normativa 63, de 22 de dezembro de 2003, e alterações.



**§ 3º** – O início da vigência contratual dar-se-á a partir da assinatura do convênio de adesão com a SANEAGO ou da Declaração de Recebimento e Posse, contida na Ficha de Inscrição, com renovação anual automática, sem cobrança de taxas, e duração por tempo indeterminado.

**Art. 9º** - A partir da data de sua admissão ou posse, o beneficiário contribuinte - preenchida e assinada a Ficha de Inscrição e desde que, estando rigorosamente quitadas as suas obrigações financeiras, poderá inscrever no Programa de Assistência à Saúde os seguintes dependentes e agregados, obedecidas as respectivas carências:

**I – Na qualidade de dependentes:**

- a) o cônjuge;
- b) filhos naturais ou adotivos solteiros, com idade igual ou inferior à 18 (dezoito) anos;
- c) os filhos inválidos, de qualquer idade; e,
- d) os enteados solteiros, com idade igual ou inferior à 18 (dezoito) anos.

**II – Na qualidade de agregados:**

- a) os filhos solteiros, com idade igual ou superior à 18 (dezoito) anos, ou emancipados;
- b) os enteados solteiros, com idade igual ou superior à 18 (dezoito) anos;
- c) os menores de idade solteiros, sob guarda e responsabilidade, ou tutelados, assim reconhecidos por determinação judicial ou atestado de dependência econômica, renovada anualmente; e,
- d) os netos solteiros, dos beneficiários contribuintes.

**§ 1º** – Nos casos previstos na letra “a” deste artigo, os dependentes serão recadastrados em plano destinado aos agregados – sem cumprimento de novos períodos de carência.

**§ 2º** – Na falta de interesse quanto ao recadastramento de categoria de dependente para agregado, o beneficiário contribuinte deverá comunicar o fato imediatamente a CAESAN com a devolução das respectivas carteiras personalizadas de identificação.

**§ 3º** – Para fins da assistência prevista na alínea “a” do inciso I deste artigo, equipara-se à condição de cônjuge, o (a) companheiro (a), assim compreendido aquele (a) que mantenha coabitação domiciliar por período igual ou superior a 2 (dois) anos, comprovada mediante Escritura Pública Declaratória de Convivência firmada pelo beneficiário contribuinte em cartório de registro civil, obedecido o prazo de 30 (trinta) dias da data do referido documento.



## CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO - CAESAN

ANS - nº 363855

§ 4º – A inscrição de dependentes e agregados dependerá da participação do beneficiário contribuinte no Programa de Assistência à Saúde.

§ 5º – Em caso de perda da condição de dependente ou de agregado, caberá ao beneficiário contribuinte comunicar o fato imediatamente à CAESAN, mediante devolução das respectivas carteiras personalizadas de identificação.

§ 6º – A ausência de comunicação acarretará ao beneficiário contribuinte a responsabilidade integral pelo pagamento de todas as despesas resultantes da utilização indevida da cobertura assistencial por parte dos ex-dependentes e ex-agregados.

§ 7º – A condição do estado de invalidez permanente prevista na alínea “c” do inciso I deste artigo deverá ser comprovada mediante apresentação de laudo do médico assistente e/ou de profissional de saúde recente, podendo ser submetido a exame pericial, a critério da CAESAN. Para os empregados ativos a aceitação estará condicionada à inscrição dos dependentes no Programa de Auxílio ao Dependente Especial, da Patrocinadora, ratificado pela perícia médica da CAESAN atestando tal condição.

§ 8º – Os filhos recém-nascidos, naturais ou adotivos, dos beneficiários deste Programa de Assistência à Saúde (beneficiários contribuintes, dependentes ou agregados) terão direito à cobertura assistencial durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, observadas as seguintes condições:

- a) A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
- b) A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela CAESAN ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência;
- c) O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde; e
- d) O recém-nascido sob guarda ou tutela poderá ser inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

§ 9º – O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário do Programa de Assistência à Saúde, ou sob guarda ou tutela deste, poderá ser inscrito no plano privado de assistência à saúde 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.

§ 10º – O filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

**Art. 10** – O beneficiário contribuinte - em quaisquer circunstâncias, inclusive por utilização indevida ou fraudulenta - é responsável direto pelas ações e obrigações financeiras contraídas por seus dependentes e agregados.



### **CAPÍTULO III - Da suspensão e exclusão**

**Art. 11** – Dar-se-á a suspensão ou a exclusão de beneficiários contribuintes, respectivos dependentes e agregados quando qualquer um destes concorrer para a ocorrência dos seguintes fatos:

#### **Suspensão**

**I** – Por atraso no pagamento de contribuição, coparticipação e quaisquer outras obrigações financeiras por período superior a 30 (trinta) dias, mediante formal comunicação;

**II** – Desobediência às normas estatutárias e regulamentares;

**III** – Embaraço a qualquer exame, diligência ou perícia determinada pela CAESAN; e,

**IV** – Desacato ou ofensas verbais, físicas e/ou morais a empregados da SANEAGO à disposição do Plano de Saúde, bem como a empregados próprios da CAESAN, estando estes no exercício de suas funções laborais.

#### **Exclusão**

**V** – A pedido;

**VI** – Por atraso no pagamento de contribuição, coparticipação e quaisquer outras obrigações financeiras por período superior a 90 (noventa) dias, mediante formal comunicação;

**VII** – Por fraude, tentativa de fraude ou outro ato ilícito, tipificado como crime, contra a CAESAN;

**VIII** – Por perda da condição de beneficiário por dispensa por justa causa ou demissão a pedido; e,

**IX** – Por falecimento.

**§ 1º** – A suspensão referida nos incisos II, III e IV será precedida de inquérito e processo administrativo a ser instaurado pela Diretoria da CAESAN, devidamente apurado e levado ao conhecimento do Conselho Deliberativo, independente da adoção de outras providências, assegurando ao beneficiário amplo direito de defesa e o contraditório. O beneficiário suspenso por este motivo perderá o direito de utilizar os benefícios do Plano de Saúde durante o prazo da suspensão imposta.

**§ 2º** – A exclusão referida no inciso VII será precedida de inquérito e processo administrativo a ser instaurado pela Diretoria da CAESAN, devidamente apurado e levado ao conhecimento do Conselho Deliberativo, independente da adoção de outras providências, assegurando ao beneficiário amplo direito de defesa e o contraditório. O beneficiário excluído por este motivo perderá o direito de retornar ao Programa de Assistência à Saúde.

**§ 3º** – O beneficiário contribuinte será notificado de sua exclusão, de seus dependentes e agregados, sendo obrigado a devolver imediatamente à CAESAN, os respectivos cartões personalizados de identificação de todo o grupo familiar, sob pena de responsabilizar-se





pelo pagamento dos valores correspondentes à indevida utilização das coberturas assistenciais.

**§ 4º** – Caberá, também, ao beneficiário contribuinte pagar pela emissão da 2a. via no caso de extravio, roubo ou furto dos cartões personalizados de identificação (próprio, dos dependentes e agregados).

**§ 5º** – A exclusão de beneficiário contribuinte por motivo de inadimplência implica no desligamento automático e definitivo de todo o grupo familiar, não havendo a possibilidade de retorno.

**Art. 12** – Na hipótese de exclusão por falecimento, o cônjuge supérstite do beneficiário contribuinte poderá manter-se assistido pelo Programa de Assistência à Saúde, juntamente com seus dependentes e agregados solteiros, regularmente inscritos, desde que assuma integralmente todas as obrigações financeiras previstas neste Regulamento de Benefícios, mediante requerimento firmado no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do óbito.

**§ 1º** – A contração de novas núpcias ou a convivência sob união estável implicará na perda da condição de pensionista com a sua conseqüente exclusão juntamente com seus dependentes e agregados do Programa de Assistência à Saúde.

**§ 2º** – No caso de falecimento do beneficiário contribuinte e do cônjuge supérstite poderão permanecer na condição de dependentes e de agregados solteiros aqueles que se encontravam inscritos antes da ocorrência do fato se, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do falecimento, manifestarem interesse por meio de:

I – termo de responsabilidade financeira firmado perante a CAESAN; e,

II – comprovação de haver manifestado em juízo sua intenção de assumir a condição de tutor ou curador, apresentando, no prazo fixado no § 2º deste artigo, o respectivo certificado de tutela ou curatela.

**Art. 13** – Os filhos e enteados, netos e menores sob guarda serão automaticamente excluídos do rol de dependentes e de agregados ao excederem o limite de 18 (dezoito) anos de idade previsto neste Regulamento de Benefícios, mediante prévia comunicação, ou quando ocorrer uma das seguintes hipóteses:

- a) casamento ou união estável;
- b) exercício de emprego ou atividade remunerada;
- c) estabelecimento civil ou comercial, com economia própria; e,
- d) exclusão do beneficiário contribuinte, exceto no caso de falecimento, e desde que observado o disposto no art. 11.

**§ 1º** – Nos casos previstos nas letras “b” e “c” deste artigo, os dependentes poderão ser recadastrados para a condição de agregados – sem cumprimento de novos períodos de carência – mediante requerimento firmado no prazo de 30 (trinta) dias.



## CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO - CAESAN

ANS - nº 363855

§ 2º – A utilização da cobertura assistencial oferecida pela CAESAN, após a exclusão prevista neste artigo, sem o devido recadastramento, será considerada indevida, respondendo o beneficiário contribuinte pelas despesas integrais daí decorrentes, sem prejuízo das penalidades legais e regulamentares.

§ 3º – Caberá ao beneficiário contribuinte comunicar, de imediato à CAESAN, qualquer alteração que implique em atualização de dados pessoais, de seus dependentes e agregados, bem como outras ocorrências que determinem perda da condição de beneficiário do Programa de Assistência à Saúde. A ausência da comunicação determinará a aplicação das sanções cabíveis, na proporcionalidade do ato, isentando-se a CAESAN de qualquer responsabilidade relativa a indenizações posteriores.

§ 4º – Para beneficiários contribuintes, dependentes e agregados solteiros desligados voluntariamente, a pedido, conforme artigo 11, V, deste Regulamento de Benefícios, haverá possibilidade de reinscrição no Programa de Assistência à Saúde mediante:

- pagamento de eventuais débitos anteriores, devidamente atualizados, em parcela única; e,
- pagamento da quantia correspondente a 10 (dez) vezes o valor da contribuição mensal *per capita*, praticada na época do retorno, em parcela única, além do cumprimento de novos períodos de carência.

§ 5º – Não haverá possibilidade de reinscrição para beneficiários excluídos compulsoriamente, por inadimplência, conforme artigo 11, VI, deste Regulamento de Benefícios.

**Art. 14** – Salvo nas situações de internação motivada por casos de urgência e emergência, o atraso no pagamento das contribuições ou quaisquer outros débitos de responsabilidade dos beneficiários, por período superior a 30 (trinta) dias, implicará na suspensão imediata da cobertura assistencial e cobrança das despesas pela utilização dos serviços médico-hospitalares, acrescidos de multa por atraso de 2% (dois) por cento mais 0,033% ao dia.

§ 1º – Exceto para os casos de urgência e emergência, uma vez constatada a existência de débitos de responsabilidade do beneficiário contribuinte, de seus dependentes e/ou agregados, por período superior ao previsto no *caput* deste artigo, não será autorizada pela CAESAN a realização de qualquer tipo de procedimento médico-hospitalar.

§ 2º – Uma vez constatada a inadimplência superior a 90 (noventa) dias, proceder-se-á à exclusão do beneficiário contribuinte, respectivos dependentes e agregados, mediante prévia comunicação, promovendo-se imediata cobrança dos valores atualizados.

§ 3º – Em caso de eventual impugnação decorrente dos valores cobrados, deverá o beneficiário contribuinte apresentar manifestação por escrito, dentro de 15 (quinze) dias contados da data de recebimento da cobrança, junto a CAESAN.



## TÍTULO II – Da cobertura assistencial

### CAPÍTULO IV - Da rede credenciada

**Art. 15** – A CAESAN colocará à disposição dos beneficiários contribuintes, respectivos dependentes e agregados inscritos no Programa de Assistência à Saúde, a relação da rede credenciada, referenciada ou contratada de prestadores de serviços, a ser consultada por meio do Guia Médico, no endereço eletrônico [www.caesan.com.br](http://www.caesan.com.br) ou por telefone.

**Art. 16** – O credenciamento, referenciamento ou contratação de prestadores de serviços médico-hospitalares serão firmados pela CAESAN, considerando os seguintes aspectos:

I - a demanda de utilização dos serviços assistenciais, por área de especialidade;

II - a qualificação técnica dos profissionais responsáveis; e,

III - o nível de atendimento e a excelência dos serviços prestados.

**Art. 17** – Ao utilizar a rede credenciada, referenciada ou contratada, o beneficiário não fará nenhum desembolso (exceto nos casos de despesas não cobertas), cabendo à CAESAN efetuar o pagamento diretamente ao prestador de serviços, em nome e por sua conta e ordem.

**Art. 18** – A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo.

**Art. 19** – No caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução ou substituição, durante a internação de beneficiários regularmente inscritos no Programa de Assistência à Saúde, será assegurada sua permanência até a alta hospitalar.

**Art. 20** – No caso do artigo anterior, os beneficiários do Programa de Assistência à Saúde terão o direito de prosseguir seus tratamentos médico-hospitalares com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrante da rede credenciada, referenciada ou contratada, respondendo a CAESAN apenas pelo reembolso de honorários de acordo com os limites contratuais (valores de referência), na hipótese do beneficiário optar pela continuidade de tratamento com o prestador de serviços substituído.

**Art. 21** – Caso o descredenciamento de estabelecimento hospitalar ocorra durante a internação de beneficiário em virtude do cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, a CAESAN responsabilizar-se-á pela transferência imediata do paciente para outro estabelecimento equivalente, sem nenhum ônus.

**Art. 22** – A fiscalização e/ou auditoria da assistência prestada nos termos deste Regulamento de Benefícios será realizada pela CAESAN, ou por pessoa natural ou jurídica especialmente designada para esse fim e, ainda, pelos beneficiários do Programa de Assistência à Saúde.



**§ único** – Constatada qualquer irregularidade ou inadequação dos serviços oferecidos, será instaurado procedimento administrativo por parte da Diretoria da CAESAN.

**Art. 23** – A substituição de entidade hospitalar será procedida de comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais.

**Art. 24** – Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a CAESAN solicitará à ANS autorização expressa para tanto, informando:

- a) nome da entidade a ser excluída;
- b) capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- c) impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e,
- d) justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o beneficiário.

### **Seção I – Da segmentação ambulatorial**

**Art. 25** – A segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

**I** – cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

**II** – cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

**III** – cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos e suas atualizações;

**IV** – cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;



**V** – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados do Rol de Procedimentos e Eventos e suas atualizações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

**VI** – cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas previstos na RN 387/2015, e suas atualizações, bem como a participação de profissional médico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, caso haja indicação clínica, observando-se as seguintes definições:

a) planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

b) concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

c) Anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

d) atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

e) aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

f) atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

**VII** – cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

**VIII** – cobertura de remoção, 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;



**IX** – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

**X** – cobertura de 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;

**XI** – cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico: 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

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

**XII** – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos e suas atualizações para a segmentação ambulatorial;

**XIII** – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos e suas atualizações;

**XIV** – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

**XV** – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos e suas atualizações.

**§ 1º** – Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

**I** – procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

**II** – quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e



III – embolizações.

§ 2º – Para efeitos do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

XVI - As consultas realizadas dentro do período de 20 (vinte) dias decorridos da consulta inicial serão consideradas como de retorno, ou seja, sem ônus tanto para o beneficiário contribuinte quanto para a CAESAN.

XVII - A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

XVIII - Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência.

XIX - É assegurada a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional (doença profissional) e acidentes de trabalho com abrigo do convênio CAESAN/SANEAGO.

## **Seção II - Da segmentação hospitalar**

**Art. 26** – A segmentação hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina:

I – cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II – quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.



**III** – cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

**IV** – cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência a saúde do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao 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 da fila única de espera e de seleção;

**V** – cobertura de 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:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações, respeitando-se a segmentação contratada;

**VI** – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

**VII** – cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e





c) pessoas com deficiência.

**VIII** – cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações; para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

**IX** – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

**X** – cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações; para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física; e



k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes garantidos por este Regulamento de Benefícios, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

**§ 1º** – Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

a) cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos garantidos por este Regulamento de Benefícios;

b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

c) em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, a realização de junta médica ou odontológica, com vistas a solucionar referida divergência quanto ao procedimento indicado;

d) a junta médica ou odontológica será formada por 3 (três) profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempatador;

e) o profissional assistente e o profissional da operadora poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador; e

f) o parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura.

**§ 2º** – Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes:

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.

**XI** - Nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, esclarecendo-se que esta se dará a critério do médico assistente.



### **Seção III – Da saúde mental**

**Art. 27** – Aos beneficiários serão asseguradas as coberturas 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 vigente à época do evento e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ 10º Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

**Art. 28** - Entende-se 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/ 10º Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

**§1º.** 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.

**§2º.** 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 vigente, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão cobertos pelo plano;

**Art. 29** - O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida e de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (artigo 2º, I, “a”, da Resolução CONSU 11/1998);

**Art. 30** - 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.

**§ único** - Entende-se por internação em hospital-dia (12 horas) para transtornos mentais o recurso intermediário entre a internação hospitalar e o ambulatório. 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.

**Art. 31** - 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 até 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato, observadas as seguintes condições:



I - Quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, poderá ser cobrada coparticipação crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 10% (dez por cento), tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico efetivamente pago.

II - A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

III - A cobertura para psicoterapia, prevista pelo plano de saúde e obrigatória 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.

#### **Seção IV – Da segmentação obstétrica**

**Art. 32** – A segmentação obstétrica compreende toda a cobertura definida no atendimento hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

II – cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

§ 1º. - Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

§ 2º – Os procedimentos realizados nos ambientes ambulatorial e hospitalar serão pagos de acordo com os valores de referência ajustados pela CAESAN com sua rede credenciada, referenciada ou contratada de prestadores de serviços.



### **Seção V – Das doenças e lesões preexistentes**

**Art. 33** – Não será adotada Cobertura Parcial Temporária para os casos de doenças e lesões preexistentes.

### **Seção VI – Dos atendimentos de urgência e emergência**

**Art. 34** – O Programa de Assistência à Saúde garantirá a cobertura integral dos atendimentos a nível ambulatorial e hospitalar para os casos de urgência e emergência.

**§ único** – Entende-se por emergência todos os eventos que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados por declaração do médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**Art. 35** – Fica garantido o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização da rede credenciada, referenciada ou contratada da CAESAN, dentro da área geográfica de abrangência e atuação dos planos.

### **Seção VII - Das remoções**

**Art. 36** – Será garantida a remoção do beneficiário, em ambulância, sem ônus, dentro da área geográfica de abrangência (Goiás e Distrito Federal), após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, para outro estabelecimento hospitalar pertencente à rede credenciada da CAESAN, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pelo prestador para continuidade do atendimento.

**§ único** – Na hipótese de o beneficiário não ter direito à manutenção da cobertura contratual para internação hospitalar, será assegurada a remoção, sem ônus, para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, disponibilizando ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, somente cessando a responsabilidade da CAESAN sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

**Art. 37** – Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o hospital deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CAESAN, desse ônus.

**Art. 38** – Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade pela continuidade do atendimento, em unidade diferente do SUS, a CAESAN estará desobrigada da responsabilidade financeira da internação e do ônus financeiro da remoção.



### **Seção VIII - Do reembolso de despesas**

**Art. 39** – Na hipótese de não existirem estabelecimentos hospitalares, clínicas ou profissionais em determinada especialidade credenciados, referenciados ou contratados na praça de domicílio, na região de saúde ou dentro da área de abrangência geográfica: Goiás e Distrito Federal, a CAESAN, após prévia análise, efetuará o reembolso das despesas decorrentes da utilização dos serviços prestados aos beneficiários.

**Art. 40** – A garantia prevista no *caput* do artigo anterior é assegurada, na forma e dentro dos limites deste Regulamento de Benefícios, aos casos de urgência e emergência, quando da impossibilidade de utilização, pelos beneficiários contribuintes, dependentes e agregados dos serviços oferecidos pela rede credenciada, referenciada ou contratada de prestadores de serviços.

**Art. 41** – Os pedidos de reembolso obedecerão aos parâmetros e valores estabelecidos nos valores de referência ajustados com a rede credenciada referenciada ou contratada, registradas em cartório de títulos e documentos, disponíveis no sítio **www.caesan.com.br** ou para consulta na sede da CAESAN, conforme tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

**§ 1º** – Os reajustes dos valores de reembolso, do coeficiente de honorários médicos e da unidade de serviço obedecerão ao processo negocial travado entre a CAESAN e os prestadores de serviços, por meio de suas entidades representativas.

**§ 2º** – Eventuais dúvidas quanto ao conteúdo dos valores de referência poderão ser esclarecidas por meio do telefone da sede da CAESAN.

**Art. 42** – A concessão de reembolso será efetuada diretamente ao beneficiário contribuinte no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega à CAESAN, da seguinte documentação:

**I** – requerimento preenchido e assinado em impresso padronizado;

**II** – via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CAESAN (**recibos ou notas fiscais**);

**III** – conta analítica (fatura) médico-hospitalar, discriminada e detalhada;

**IV** – relatório médico pormenorizado, indicando a patologia, traumas ou complicações havidas, bem como os procedimentos adotados; e

**V** – declaração do médico assistente, especificando a razão da urgência e/ou emergência, quando for o caso.

**§ 1º** – O valor de reembolso das despesas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada da CAESAN.

**§ 2º** – Serão indeferidos os pedidos de reembolso cujos comprovantes contenham emendas ou rasuras, de modo a impossibilitar a exata compreensão de seus termos, bem como aqueles emitidos há mais de 30 (trinta) dias da ocorrência de cada evento.



**Art. 43** – Se os documentos apresentados não contiverem todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CAESAN poderá solicitar do usuário documentação ou informações complementares ou perícia sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 15 (quinze) dias úteis contados do recebimento da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 30 (trinta) dias para análise e efetivação do reembolso.

**Art. 44** – Os reembolsos previstos nas condições estabelecidas neste Regulamento de Benefícios serão efetuados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, desde que apresentada a documentação completa e original.

**Art. 45** – A CAESAN - efetuará o depósito do reembolso em conta bancária do (a) beneficiário contribuinte ou da (o) pensionista (no caso de falecimento do titular) ou do inventariante (representante do espólio), sendo vedada qualquer transferência a terceiros.

**Art. 46** – Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

**Art. 47** – A CAESAN se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas e similares.

## **CAPÍTULO V - Das carências**

**Art. 48** – Os beneficiários contribuintes, respectivos dependentes e agregados que se inscreverem após 30 (trinta) dias da data de admissão na SANEAGO, na CAESAN e na PREVSAN somente farão jus à cobertura assistencial definida neste Regulamento de Benefícios, se observados os seguintes períodos de carência, contados da data de início da inscrição:

### **Cobertura médico-hospitalar e obstétrica**

I – atendimentos de urgência e emergência - 24 (vinte e quatro) horas;

II – consultas médicas, exames e GTA - 90 (noventa) dias;

III – internações e cirurgias - 120 (cento e vinte) dias; e

IV – partos – 300 (trezentos) dias.

**§ único** – Os beneficiários contribuintes, dependentes e agregados não cumprirão carências se ingressarem em até 30 (trinta) dias da data de sua vinculação à SANEAGO, à CAESAN e à PREVSAN.



**Art. 49** – Os dependentes e agregados que forem reinscritos no Programa de Assistência à Saúde da CAESAN cumprirão os seguintes períodos de carência, contados da data de início da nova inscrição:

**Cobertura médico-hospitalar e obstétrica**

I – atendimentos de urgência e emergência - 24 (vinte e quatro) horas;

II – consultas médicas, exames e GTA - 90 (noventa) dias;

III – internações e cirurgias - 120 (cento e vinte) dias; e

IV – partos – 300 (trezentos) dias.

**Art. 50** – Os seguintes casos não se submetem ao cumprimento de períodos de carência:

a) acidentes pessoais; e

b) emergências.

**CAPÍTULO VI – Das exclusões de cobertura**

**Art. 51** – São as seguintes as exclusões de cobertura assistencial:

I – tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; e

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

II – procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III – inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;





- IV** – tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- V** – fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- VI** – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII** – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou com finalidade estética (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, braços e pernas mecânicos etc.);
- VIII** – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX** – casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- X** – tratamentos em clínicas de emagrecimento (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XI** – assistência domiciliar;
- XII** – exames admissionais, periódicos e demissionais, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, doenças ocupacionais e/ou decorrentes de acidentes de trabalho e suas consequências;
- XIII** – exames e tratamentos sem justificativa médica ou que não se destinem ao tratamento de doenças, anomalias ou lesões;
- XIV** – despesas com doadores de órgãos, transporte e armazenamento de órgãos para fins de transplante, exceto para casos de rins e córnea;
- XV** – despesas com acompanhantes, exceto para pacientes menores de (dezoito) anos e com idade igual ou maior de 60 (sessenta) anos, e extra-hospitalares (telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições, objetos destruídos ou danificados e outras despesas de caráter pessoal ou particular);
- XVI** – enfermagem particular em residência ou hospital;
- XVII** – fornecimento de remédios, salvo em regime de internação e orais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- XVIII** – permanência hospitalar após alta médica;
- XIX** – internação em acomodação de padrão diferente da definida na Proposta de Inscrição e todas as despesas adicionais daí consequentes;



- XX** – tratamentos de embelezamento;
- XXI** – exame de paternidade (DNA);
- XXII** – fornecimento de óculos e lentes de contato;
- XXIII** – remoção de pacientes de fora ou para fora da área geográfica de cobertura assistencial;
- XXIV** – tratamento de doenças epidêmicas declaradas por órgão público ou que venham ultrapassar os índices divulgados pela Organização Mundial de Saúde – OMS;
- XXV** – transplantes, com exceção de rim e córnea;
- XXVI** – vacinas;
- XXVII** – aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;
- XXVIII** – sessão, entrevista, consulta, avaliação ou tratamento de terapia de grupo, teste psicotécnico, ginástica, dança, massagem, ducha, ioga, natação e outros esportes;
- XXIX** – remoção aérea, fluvial ou marítima;
- XXX** – cirurgia de mudança de sexo;
- XXXI** – tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XXXII** – cirurgias de miopia - exceto acima de 5 graus e hipermetropia;
- XXXIII** – cirurgia plástica estética e de mamoplastia, ainda que por hipertrofia mamária;
- XXXIV** – exame pré-nupcial;
- XXXV** – exames para práticas desportivas e para instrução de processo judicial;
- XXXVI** – aparelhos ortopédicos e para a surdez (exceto prótese auditiva);
- XXXVII** – aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar;
- XXXVIII** – atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica;
- XXXIX** – especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;



**XL** – despesas com recém-nascidos após 30 (trinta) dias da data de nascimento, que não tenham sido inscritos no Programa de Assistência à Saúde;

**XLI** – necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

**XLII** – procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência do Plano;

**XLIII** – próteses ou órteses importadas não nacionalizadas e/ou sem registro na ANVISA;

**XLIV** – medicamentos não registrados na Divisão de Controle de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED);

**XLV** – cobertura odontológica;

**XLVI** – demais procedimentos clínicos, cirúrgicos, exames complementares e métodos auxiliares não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e das Diretrizes Clínicas e/ou Utilização editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## **CAPÍTULO VII - Da utilização dos serviços e dos mecanismos de regulação**

**Art. 52** – São mecanismos de regulação adotados pela CAESAN:

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 a cobertura garantida pelo Regulamento de Benefícios. 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).
2. **Autorização prévia:** análise da solicitação de procedimentos que, para sua realização, necessitem de autorização da CAESAN. Nesse caso será garantido ao paciente o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação formal.
3. **Coparticipação:** parcela desembolsada pelo beneficiário contribuinte, de valor percentual referente a determinado procedimento ou evento em saúde.

**Art. 53** – Os beneficiários do Programa de Assistência à Saúde serão atendidos por profissionais ou estabelecimentos de saúde de sua escolha - para este fim credenciados, referenciados ou contratados previamente pela CAESAN - mediante a apresentação da carteira personalizada de identificação, acompanhada de documento de identificação oficial e, quando necessário, da apresentação da guia de encaminhamento devidamente emitida e assinada pela CAESAN, para cada caso e evento.



§ 1º – Relativamente aos beneficiários extra-folha, a utilização da cobertura assistencial prevista neste Regulamento de Benefícios, à exceção da carteira personalizada de identificação, além dos documentos especificados no *caput* deste artigo far-se-á imprescindível a apresentação de documento de identificação.

§ 2º – Ao utilizar quaisquer serviços prestados por estabelecimentos de saúde credenciados ao beneficiário não caberá nenhum pagamento no ato da prestação dos serviços, sendo as respectivas obrigações financeiras assumidas diretamente pela CAESAN.

§ 3º – A diferença de valores decorrentes da opção pela acomodação em quarto privativo, do beneficiário inscrito no Plano Enfermaria será de exclusiva responsabilidade do beneficiário contribuinte, devendo o respectivo pagamento ser feito por esse diretamente ao estabelecimento hospitalar.

§ 4º – Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados, é garantida aos beneficiários, acomodação superior sem ônus adicionais.

**Art. 54** – A utilização dos serviços prestados por toda a rede credenciada por parte dos beneficiários depende do adimplemento de todas as obrigações relativas a mensalidades, coparticipações e franquias, nas condições estabelecidas neste Regulamento de Benefícios.

**Art. 55** – Exceto para a realização de consultas, a fim de que possa ter assegurado o direito à cobertura dos demais serviços assistenciais, prestados em regime ambulatorial, o beneficiário deverá apresentar ao hospital ou outro estabelecimento de saúde, guia de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pela CAESAN.

**Art. 56** – As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas a elas vinculadas (sala de operação, instrumental cirúrgico, curativos, alimentação especial, medicamentos de alto custo, dentre outros gastos necessários) e os tratamentos clínicos deverão ser previamente autorizados pela CAESAN, mediante apresentação pelo beneficiário de relatório firmado pelo médico assistente contendo indicação do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e prognóstico quanto a sua duração.

§ 1º – O médico assistente poderá solicitar a prorrogação do tempo de internação por intermédio da apresentação tempestiva de laudo conclusivo e fundamentado, indispensável para análise do caso e concessão ou não de autorização para prosseguimento do tratamento.

§ 2º – A autorização prevista no § anterior dar-se-á, expressamente na Guia de Internação Hospitalar (G.I.H) correspondente e cobrirá o tempo de permanência inicialmente concedido.

§ 3º – Será considerado como prazo limite à requisição de prorrogação o primeiro dia útil anterior ao vencimento do prazo de internação inicialmente autorizado, sob pena de não cobertura das despesas.

**Art. 57** – As solicitações de autorização de internações eletivas, sobretudo as com finalidade de terapêutica cirúrgica, deverão ser analisadas previamente pelo Setor de Perícia Médica da CAESAN, a quem caberá emissão de parecer.



**§ 1º** – O Setor de Perícia Médica da CAESAN poderá solicitar ao beneficiário que requisite ao seu médico assistente maiores subsídios técnicos acerca da indicação para os procedimentos propostos.

**§ 2º** – Solicitação idêntica à referida no § anterior poderá ser requisitada ao beneficiário, relativamente à autorização das cirurgias e demais procedimentos ambulatoriais.

**§ 3º** – Havendo divergência entre o parecer emitido pelo perito médico da CAESAN e a indicação do tratamento proposto pelo médico assistente será autorizado que o desempate se dê por intermédio de um terceiro médico, escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a CAESAN, cabendo a esta arcar com as despesas decorrentes de tal intervenção.

**§ 4º** – A CAESAN não autorizará a realização de internações quando requisitadas na véspera de procedimentos eletivos, salvo quando a situação clínica do paciente assim o exigir.

**Art. 58** – As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas à CAESAN até o 2º (segundo) dia útil subsequente, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração firmada pelo médico assistente, a fim de que seja emitida a guia correspondente, sob pena de não cobertura das despesas.

**§ único** – Nos procedimentos que exigem autorização prévia, a CAESAN garante ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência ou emergência.

**Art. 59** – A interrupção do tratamento por iniciativa do usuário será considerada abandono e pelos serviços porventura pagos pela operadora será descontada a coparticipação ou franquia devida.

**Art. 60** – Os exames complementares de diagnóstico e as internações serão realizados mediante solicitação médica, contendo justificativa, com prévia e formal autorização da CAESAN.

**Art. 61** – É indispensável o laudo médico para solicitação de internação em UTI.

**Art. 62** – O tratamento de acupuntura, fisioterápico, psicológico, psicoterápico, nutricional, fonoaudiólogo, terapêutico ocupacional e de reeducação postural global dependerá de prévia e formal autorização, inclusive para os pacientes internados, e será coberto somente quando prescrito por médico, constando diagnóstico, modalidade e duração do tratamento, contemplando até 10 (dez) sessões por requisição podendo ser prorrogado mediante justificativa.

**Art. 63** – Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados por médico assistente não pertencente à rede credenciada, referenciada ou contratada.



**Art. 64** – Ao ser atendido, o beneficiário deverá conferir, assinar e datar a respectiva guia dos serviços prestados, sendo responsável, portanto, pela exatidão das informações delas constantes.

**Art. 65** – Os serviços prestados pela rede credenciada serão pagos diretamente pela CAESAN, por conta e ordem de seus beneficiários.

### **CAPÍTULO VIII - Das participações financeiras**

**Art. 66** - Pautada no sistema de livre escolha dirigida, a utilização das coberturas previstas no Programa de Assistência à Saúde impõe aos beneficiários contribuintes as seguintes participações financeiras relativas aos atendimentos com sua pessoa, de seus dependentes e agregados:

I – consultas e exames laboratoriais: 30% (trinta por cento) das despesas efetuadas pela CAESAN por consulta e/ou exame realizado;

II – serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (exames) e procedimentos ambulatoriais: 30% (trinta por cento) das despesas realizadas pela CAESAN por serviço ou procedimento realizado;

III – fisioterapia: 30% (trinta por cento) das despesas efetuadas pela CAESAN por sessão;

IV – psicologia, fonoaudiologia, acupuntura, nutrição, terapia ocupacional e reeducação postural global: 50% (cinquenta por cento) das despesas efetuadas pela CAESAN por cada sessão realizada; e,

V – internações psiquiátricas: 50% (cinquenta por cento) das despesas efetuadas pela CAESAN para aquelas internações psiquiátricas que ultrapassem a cobertura contratual de 30 (trinta) dias para transtornos mentais por ano.

### **TÍTULO III - Do custeio do programa**

#### **CAPÍTULO IX - Das contribuições, dos reajustes e das formas de pagamento**

**Art. 67** – A contraprestação pecuniária a ser paga pelo beneficiário contribuinte relativa à cobertura assistencial oferecida pelo Programa de Assistência à Saúde – cuja formação de preço é preestabelecida - denomina-se contribuição sendo devida por si, por seus dependentes e agregados, regularmente inscritos nos Planos oferecidos pela CAESAN cujo valor corresponde àquele indicado nas Tabelas de Contribuições, fixada com base em Resolução de Diretoria e aprovada pelo Conselho Deliberativo da CAESAN (Anexos III e IV).



**Art. 68** – Os valores de contribuição poderão sofrer aumento a cada período de 12 (doze) meses visando a manutenção do equilíbrio financeiro dos Planos, decorrente dos seguintes fatores:

- I – impacto de custos advindos de despesas assistenciais e de fatores incontroláveis que incidam sobre a aquisição de insumos básicos para execução dos serviços de assistência à saúde ajustados neste Regulamento de Benefícios;
- II – inserção de procedimentos médicos, ou também, de novos métodos de diagnóstico e terapia;
- III – avanços tecnológicos do setor;
- IV – mudança de legislação, tributária ou não, mas com repercussão financeira;
- V – aumento da sinistralidade da carteira tendo por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas dos planos coletivos, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de ingresso do beneficiário na SANEAGO, CAESAN e PREVSAN.

§ 1º – Poderá haver variação do valor da contribuição em virtude de mudança de faixa etária ou de migração para outro plano.

§ 2º – Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo Plano.

§ 3º – Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

**Art. 69** – O recebimento do valor das contribuições e de outras obrigações financeiras será realizado, a critério da CAESAN, mediante:

- I – desconto em folha de pagamento;
- II – débitos em conta corrente bancária e boletos de cobrança; e
- III – outras formas determinadas pela CAESAN.

§ 1º – Para o cumprimento das obrigações financeiras de responsabilidade do beneficiário contribuinte extra-folha, sem prejuízo do disposto no *caput* deste artigo, é reservado a CAESAN o direito de solicitar da SANEAGO e da PREVSAN a efetivação do respectivo desconto previsto no inciso I deste artigo.

§ 2º – A contribuição mensal a ser paga pelos beneficiários contribuintes extra-folha deverá ser acrescida da parcela ideal de responsabilidade da respectiva Patrocinadora.

**Art. 70** – Os valores correspondentes às contribuições mensais e demais obrigações financeiras do beneficiário contribuinte serão consideradas de natureza de dívida líquida,



certa e exigível, inclusive por processo de execução, sem prejuízo da adoção de medidas administrativas e disciplinares.

**§ único** – Aplicar-se-á também o disposto no *caput* deste artigo quando da utilização indevida dos serviços de assistência à saúde por parte dos beneficiários.

**Art. 71** – No caso de atraso no pagamento das contribuições e de outras obrigações financeiras serão aplicados juros de mora de 1% ao mês (0,033% ao dia) e multa de 2% sobre o valor do débito.

**Art. 72** – O regime de contribuição dos beneficiários contribuintes poderá ser modificado mediante proposta a ser formulada pela Diretoria e submetida ao exame e aprovação do Conselho Deliberativo.

### **CAPÍTULO X – Das faixas etárias**

**Art. 73** – Os valores de contribuição dos beneficiários agregados sofrerão reajuste de acordo com a variação de faixas etárias relacionadas no Anexo IV deste Regulamento de Benefícios.

### **CAPÍTULO XI - Das obrigações financeiras da SANEAGO**

**Art. 74** – O custeio parcial dos Planos oferecidos pela CAESAN é de responsabilidade da Patrocinadora Instituidora, mediante desembolso mensal na ordem de 40% (quarenta por cento) das despesas da CAESAN, tendo como referência o valor encontrado (DESPESAS 4.0 – SALDO DO MÊS) do balancete do mês anterior ao atual.

**§ único** – Excepcionalmente, o percentual acima foi modificado, na forma e pelo prazo previsto no convenio 004/93 e seu Termo Aditivo nº 02345/2014 datado de 15/12/2014, juntamente com o Termo Aditivo nº02444/2014 datado de 30/12/2014. Firmado entre a CAESAN e a Patrocinadora Saneamento de Goiás S/A – SANEAGO.

### **CAPÍTULO XII – Dos ex-empregados ou aposentados**

**Art. 75** – É assegurado ao ex-empregado, dispensado sem justa causa, aposentado ou optante pelos programas de dispensa incentivada oferecidos pela SANEAGO - aos seus dependentes e agregados solteiros o direito de manutenção da cobertura assistencial prevista neste Regulamento de Benefícios e na legislação dos planos privados de assistência à saúde, desde que assuma o seu pagamento integral (cota pessoal + cota patronal), observadas as disposições deste Regulamento de Benefícios.

**§ 1º** – O exercício da opção pela manutenção da condição de beneficiário deverá ser formalizado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do respectivo desligamento dos quadros da SANEAGO, CAESAN e PREVSAN.





§ 2º – A garantia de extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º – A possibilidade de inscrição de novo cônjuge e filhos do ex-empregado ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário contribuinte.

§ 4º – Em caso de morte do beneficiário contribuinte, demitido ou aposentado, é assegurada a permanência no plano aos dependentes e agregados, desde que assumam perante à CAESAN a responsabilidade pelos pagamentos das contribuições.

§ 5º – A condição prevista neste artigo deixará de existir:

a) quando da admissão do beneficiário contribuinte em novo emprego que possibilite o ingresso em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

b) extinção do Programa de Assistência à Saúde.

§ 6º – Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na SANEAGO, CAESAN e PREVSAN e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

§ 7º – O ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes e agregados vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

§ 8º – Para os empregados demitidos sem justa causa, o cálculo da contribuição *per capita* será de acordo com o estabelecido na Tabela de Contribuição por faixas etárias definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com redação dada pela Resolução Normativa 63, de 22 de dezembro de 2003, e alterações.

#### **TÍTULO IV – Da extinção**

**Art. 76** – O prazo de vigência do Programa de Assistência à Saúde é indeterminado.

**Art. 77** – Em caso de encerramento da operação do Programa de Assistência à Saúde o patrimônio remanescente, depois de liquidados os compromissos, será transferido para a SANEAGO, a quem caberá à deliberação quanto ao seu destino.

#### **TÍTULO V - Das disposições gerais**

**Art. 78** – A aceitação, por parte da CAESAN, da inscrição de dependentes ou agregados no Programa de Assistência à Saúde dar-se-á em prazo não superior a 15 (quinze) dias,



contados da devolução, pelo beneficiário contribuinte, da Ficha de Inscrição devidamente preenchida e assinada acompanhada de documentos comprobatórios.

**Art. 79** – O prazo mencionado no artigo anterior poderá ser prorrogado, a critério da CAESAN, para fins de comprovação de vínculo familiar.

**Art. 80** - O(a) beneficiário(a) contribuinte, por si, e por seus dependentes e agregados, autoriza a CAESAN a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pela ANS, respeitado o sigilo médico.

**Art. 81** – A CAESAN não adota sistema de bônus ou desconto.

**Art. 82** – A não utilização ou utilização indevida da cobertura assistencial, prevista neste Regulamento de Benefícios, pelo(a) beneficiário(a) contribuinte, dependentes ou agregados, não gera qualquer espécie de devolução dos valores efetivamente pagos sob qualquer título.

**Art. 83** – É facultado aos beneficiários contribuintes a opção pela transferência entre Planos, com padrões diferentes de acomodação, desde que assumam o pagamento da diferença dos valores mensais de contribuição.

**§ 1º** – O(a) beneficiário(a) contribuinte, optante por plano de acomodação superior para seu grupo familiar, apenas fará jus ao novo padrão de internação decorridos 180 (cento e oitenta) dias da data de adesão.

**§ 2º** – Uma vez feita a opção por plano de acomodação superior (quarto privativo), o beneficiário contribuinte somente poderá retornar o seu grupo familiar ao Plano de acomodação inferior decorridos 12 (doze) meses da data da última utilização da cobertura assistencial ao amparo dessa modalidade de acomodação (quarto privativo).

**§ 3º** – A opção por acomodação superior objetiva proporcionar ambiente privativo (quarto e banheiro) ao beneficiário contribuinte e membros de seu grupo familiar. Demais itens de comodidade (televisão, frigobar, cama extra, etc.) dependem da estrutura disponível oferecida por cada unidade hospitalar, não estando incluídos obrigatoriamente e/ou gratuitamente neste tipo de acomodação.

**§ 4º** – Uma vez cumprido o requisito previsto no § 2º. e caso o beneficiário manifeste vontade de optar, novamente, pela acomodação de padrão superior será exigido o cumprimento de novo prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para fazer jus à internação no padrão escolhido.

**Art. 84** – Fazem parte deste Regulamento de Benefícios: a proposta de adesão e anexos, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

**Art. 85** – Sempre que solicitado pelo beneficiário contribuinte será fornecido exemplar deste Regulamento de Benefícios.



**Art. 86** - A CAESAN não se responsabilizará pela contratação direta e pagamento de médicos, hospitais ou estabelecimentos de saúde efetuados pelos beneficiários, excetuadas as hipóteses de reembolso de despesas.

**Art. 87** – Cabe, exclusivamente, aos beneficiários manter suas informações cadastrais atualizadas.

**Art. 88** – A Diretoria da CAESAN editará normas complementares visando à operacionalização deste Regulamento de Benefícios.

**Art. 89** – A nomenclatura médica de doenças a que se refere este Regulamento de Benefícios segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde.

**Art. 90** – A autorização, por parte da CAESAN, de eventos não previstos ou excluídos neste Regulamento de Benefícios não confere aos beneficiários direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas, caracterizando mera liberalidade.

**Art. 91** – A tolerância e a demora da CAESAN em exigir dos beneficiários o cumprimento de quaisquer obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, exigir seu cumprimento.

**Art. 92** – Não é admitida a presunção de que a CAESAN ou os beneficiários do Programa de Assistência à Saúde possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Regulamento de Benefícios, ou de comunicações posteriores por escrito.

**Art. 93** - Todas as alterações na rede assistencial seguirão os critérios estabelecidos em normativos regulamentares editados pela ANS, com atualização no sítio eletrônico da CAESAN, para consulta dos beneficiários e do público em geral.

**Art. 94** – Conforme regulamentação em vigor, a remessa das informações relativas à assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde é de responsabilidade da CAESAN, por meio de seu Responsável Técnico pela Área de Saúde, devidamente cadastrado junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais, responderá pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia do sigilo das informações assistenciais.

**Art. 95** - Na hipótese de utilização indevida da carteira de identificação do Plano para fim de uso irregular dos serviços de assistência à saúde, incluindo uso por terceiros, fica desde já autorizada à CAESAN, independente de notificação judicial ou extrajudicial, a emitir documentos de cobrança contra o beneficiário contribuinte ou seus sucessores, no valor das despesas efetuadas, com vencimento em 30 (trinta) dias após a data de apresentação, para fim de ressarcimento dos serviços utilizados, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis.



**Art. 96** – Ao se inscrever no Programa de Assistência à Saúde, o beneficiário contribuinte declara haver lido, compreendido e aceito, sem restrições, as normas estabelecidas neste Regulamento de Benefícios.

**Art. 97** – Na hipótese de representação formulada contra beneficiários do Programa de Assistência à Saúde por parte de prestadores de serviços, em virtude de conduta reprovável ou cometimento de atos hostis ou ilícitos, o Conselho Deliberativo da CAESAN, ouvida previamente a Diretoria, terá a competência para adotar as medidas administrativas visando à solução do caso.

**Art. 98** – Para os casos em que os beneficiários queiram apresentar reclamação em face dos processos operacionais, valores de reembolso ou qualidade dos serviços prestados, a CAESAN colocará à sua disposição estrutura de atendimento, que registrará a reclamação e, após averiguação de seu conteúdo, enviará carta resposta ao interessado no prazo de até 30 (trinta) dias.

**Art. 99** – As coberturas asseguradas neste Regulamento de Benefícios compreendem o pagamento pela CAESAN dos serviços oferecidos pelo Programa de Assistência Médico (de acordo com o plano escolhido) dentro dos limites dos valores de remuneração ajustados com a rede credenciada, referenciada ou contratada.

**Art. 100** – A CAESAN, com respaldo em prévia e formal autorização do beneficiário contribuinte, poderá efetuar acertos, por meio de lançamentos a débito ou a crédito, na folha de pagamento ou diretamente na conta corrente bancária relativos a despesas pagas ou reembolsadas em desacordo com este Regulamento de Benefícios.

**Art. 101** – A CAESAN não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

**Art. 102** – Os valores correspondentes às mensalidades, coparticipações e outras obrigações financeiras possuem natureza de dívida líquida, certa e exigível, inclusive para processo de execução.

**Art. 103** – No caso de comprovada inexistência de bens passíveis de penhora ou quando a dívida do(a) beneficiário(a) for considerada de pequena monta e de cobrança onerosa, o Conselho Deliberativo, mediante proposta formulada pela CAESAN, poderá decidir pela compensação como prejuízo e baixa.

**Art. 104** – Nenhuma responsabilidade caberá à CAESAN por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do(a) beneficiário(a) contribuinte, dependentes e agregados provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares escolhidos livremente, não pertencentes à rede credenciada.

**Art. 105** – O presente Regulamento de Benefícios obriga as partes por si, seus herdeiros e sucessores.

**Art. 106** – A CAESAN coloca à disposição dos beneficiários atendimento presencial, por telefone ou correio eletrônico e dispõe de Ouvidoria.



## CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO - CAESAN

ANS - nº 363855

**Art. 107** – Os casos omissos serão dirimidos pelo Conselho Deliberativo mediante propostas formuladas pela Diretoria da CAESAN.

**Art. 108** – Fica eleito o foro de Goiânia, sede da SANEAGO, da CAESAN e da PREVSAN para dirimir eventuais dúvidas ou conflitos decorrentes da interpretação deste Regulamento de Benefícios.

**Art. 109** – Este Regulamento de Benefícios entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Deliberativo, revogando os anteriores.

**Regulamento de Benefícios do Programa de Assistência à Saúde da CAESAN aprovado em reunião do Conselho Deliberativo realizada em 23/01/2018.**

Goiânia, 23 de janeiro de 2018.

**JOSÉ ROGÉRIO DA SILVA**  
Diretor Presidente

**ALZAIR MARTINS MONTEIRO**  
Diretora Operacional e de Saúde

**JOÃO DONIZETE DA CUNHA**  
Diretor Administrativo-Financeiro



## **ANEXO I**

### **GLOSSÁRIO**

**Acidente pessoal** – É o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e ocorrência perfeitamente caracterizadas, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, torna necessária a internação hospitalar ou o atendimento em regime ambulatorial do beneficiário contribuinte, dependente ou agregado familiar, nos limites fixados neste Regulamento de Benefícios.

**Análise e aceitação da inscrição** – É a análise feita pela CAESAN da Ficha de Inscrição do Programa de Assistência à Saúde, aceitando ou recusando o ingresso de beneficiários, de acordo com o que dispõe o Estatuto Social e o Regulamento de Benefícios.

**Alimentação especial** – Alimentação na qual o paciente deve se submeter devido ao seu quadro clínico, por indicação médica. Duas são as principais dietas: a) as introduzidas através de sondas, chamadas enterais; ou b) através de veia central por cateter chamadas parenterais.

**Atendimento ambulatorial** – Atendimento de pequenos procedimentos realizados em ambulatório, exceto consultas.

**Agregado** – Filhos naturais e adotivos, com maioridade civil (igual ou maior de dezoito anos) ou emancipados, os enteados solteiros, netos dos beneficiários contribuintes (idade igual ou menor de dezoito anos) e os menores que se achem sob guarda e responsabilidade ou tutela reconhecida por determinação judicial.

**Beneficiário contribuinte** – É aquele que propõe sua inscrição e de seu grupo familiar (dependentes e agregados) no Programa de Assistência à Saúde, mediante opção de padrão de acomodação, cuja contribuição mensal é recolhida.

**Beneficiário contribuinte extra-folha** – São os aposentados, demitidos sem justa causa, pensionistas, licenciados por interesse particular ou à disposição de terceiros, e respectivos dependentes ou agregados cuja contribuição mensal é recolhida mediante depósito bancário, boleto de cobrança, débito em conta corrente ou outra forma determinada pela CAESAN.

**Beneficiário** – É aquele assistido pelo Programa de Assistência à Saúde da CAESAN (beneficiário contribuinte, dependente e agregado familiar).

**Carência** – Período de tempo durante o qual os beneficiários não têm direito ao gozo de determinadas coberturas assistenciais.

**Cobertura assistencial** – Conjunto de procedimentos médicos e hospitalares descritos neste Regulamento de Benefícios.



**Consulta médica** – Atendimento realizado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em consultório e/ou ambulatório, de caráter eletivo ou emergencial.

**Contribuição** – Contraprestação pecuniária mensal prestada pelos beneficiários contribuintes da CAESAN para manutenção da assistência de si próprio, de seus dependentes e agregados.

**Coparticipação** – Mecanismo de regulação previsto na legislação dos planos privados de assistência à saúde. Parcela desembolsada pelo beneficiário contribuinte - de valor fixo ou percentual - referente a realização de determinado procedimento previsto neste Regulamento de Benefícios.

**Dependente** – O cônjuge ou companheira (o), os filhos naturais e adotivos com idade inferior à idade 18 (dezoito) anos, filhos inválidos de qualquer idade.

**Exames complementares de alto custo** – Exames com ou sua intervenção, tais como: ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, radiologia intervencionista (estudos hemodinâmicos), dopplerfluxometria colorida, medicina nuclear, laparoscopia diagnóstica e exames genéticos.

**Exames complementares de baixo custo** – Exames complementares, com ou sem internação, não incluídos nos exames complementares de alto custo.

**Emergência** – Evento que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. Para a caracterização da emergência, a CAESAN poderá exigir a apresentação de relatório e de exames complementares.

**Extinção do direito** – É a perda do direito de permanecer no Programa de Assistência à Saúde, ocasionado pela prática de infrações previstas neste Regulamento de Benefícios.

**Ficha de inscrição** – É o documento destinado ao ingresso do beneficiário contribuinte e demais beneficiários no Programa de Assistência à Saúde da CAESAN.

**Guia de credenciados** – É a relação de prestadores de serviços na área de assistência à saúde suplementar (profissionais da área de saúde, hospitais, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos) colocada à disposição dos beneficiários.

**Hospital-dia** – Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

**Inquérito administrativo/processo** – Investigação que visa apurar irregularidades praticadas por beneficiário (beneficiário contribuinte, dependente ou agregado familiar). Considera-se irregularidade qualquer evento onde seja comprovado dolo, fraude, má-fé ou embaraço a qualquer exame, diligência ou perícia necessária ao resguardo dos interesses



da CAESAN. Materializa-se por meio de processo elaborado pela Diretoria e submetido ao exame e decisão do Conselho Deliberativo.

**Internação em quarto privativo** – Internação do paciente em ambiente exclusivo, com banheiro privativo e acomodação para acompanhante.

**Internação em CTI/UTI** – Internação do paciente em ambiente definido para cuidados intensivos.

**Internação em enfermaria** – Internação do paciente em ambiente não exclusivo - quarto coletivo, e com banheiro comum

**Internação hospitalar cirúrgica** – Período durante o qual o beneficiário fica hospitalizado com a finalidade de realizar um procedimento cirúrgico, compreendendo o pré-operatório, o ato cirúrgico e o pós-operatório imediato.

**Internação hospitalar clínica** – Permanência em leito hospitalar para fins de tratamento não cirúrgico.

**Internação hospitalar programada (eletiva)** – É a internação hospitalar para tratamento cirúrgico ou não que, não sendo urgente ou de emergência, pode ser programada, com antecedência, pelo médico assistente.

**Leito de alta tecnologia** – Unidade de terapia intensiva, unidade de terapia semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, unidade intermediária, unidade coronariana, unidade de tratamento de pacientes queimados e unidade de isolamento.

**Limites de reembolso** – Valores máximos pagos pela CAESAN pela realização de serviços cobertos pelo Programa de Assistência à Saúde, de acordo com as tabelas de preços ajustadas com a rede credenciada.

**Livre escolha** – Atendimento por prestadores de serviços não credenciados mediante reembolso parcial ou total das despesas, em virtude da inexistência de rede contratada pela CAESAN no local de atendimento.

**Procedimentos de alta complexidade** – Tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, angiografias (digitais ou não), bioimpedanciometria, eco cardiogramas, quimioterapia, litotripsia, radioterapias, braquiterapias, eletroencefalografias, "tilt tests" e seus derivados, polissonografias, endoscopias, (digestivas alta e baixa, laparoscópicas, pleuroscópicas, cardíacas, otorrinolaringológicas), testes de função pulmonar, holters de pressão arterial e frequência, hemodiálises, diálises peritoneais e hemodiafiltrações, estudos cardíacos hemodinâmicos (cateterismo), estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), estudos ultrassonográficos invasivos, câmara hiperbárica e monitorização de pressão intracraniana.

**Procedimentos de grande risco** – Compreendem-se todos os procedimentos médicos, clínicos ou cirúrgicos que requeiram internação hospitalar.





**Procedimentos de pequeno risco** – Compreendem-se todos os procedimentos de consultas médicas e exames complementares simples ou especializados, que não requeiram internação hospitalar.

**Programa de assistência à saúde** – É o programa de assistência médico-hospitalar oferecido pela CAESAN aos seus beneficiários contribuintes, respectivos dependentes e agregados.

**Ficha de inscrição** – Parte integrante do Regulamento de Benefícios, é o documento formal e legal, preenchido e assinado pelo(a) beneficiário(a) contribuinte para seu próprio ingresso, de seus dependentes e agregados no Programa de assistência à saúde.

**Reajuste financeiro** – Índice de atualização do valor da contribuição mensal, com base nos índices inflacionários ocorridos num determinado período (geralmente 12 meses), com o fim de recompor o poder de compra dos serviços assistenciais.

**Reajuste técnico** – Índice de atualização do valor da contribuição mensal com base nos elementos componentes de planilha de custos para manutenção do equilíbrio financeiro do Programa de Assistência à Saúde.

**Reembolso** – É o pagamento parcial ou total de despesas efetuadas pelo beneficiário contribuinte, dentro dos limites de cobertura assistencial, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

**Remoção** – Transporte em ambulância simples ou UTI móvel, via terrestre.

**Retorno de consulta** – É qualquer encontro entre médico-paciente para fins de entrega e/ou avaliação de resultados de exames complementares, ou exclusivamente para prescrição de medicamentos. O retorno é coberto pelo Programa de Assistência à Saúde quando ocorrer em até 20 (vinte) dias contados a partir da consulta inicial.

**Suspensão do direito à assistência** – É o período durante o qual os beneficiários não poderão se utilizar da cobertura assistencial oferecida pela CAESAN, sob pena de assumirem integralmente as despesas não autorizadas ou realizadas de forma indevida.

**Terapias** – Atendimento de procedimentos de hemoterapia, radioterapia, quimioterapia e terapia renal substituta (CAPD e hemodiálise).

**Urgência** – Eventos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, assim caracterizados por laudo médico circunstanciado.



**ANEXO II**

**EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**  
**(Liberados somente mediante autorização prévia da CAESAN)**

- Angiografias
- Biópsia de Próstata
- Cardio - Estimulação Transesofágica Terapêutica ou Diagnóstica
- Cateterismo diagnóstico
- Cintilografias
- Colonoscopia
- Dopplerfluxometria (GO)
- Eletroencefalograma prolongado por hora
- Flebografias
- Hemodinâmica
- Hibridização Molecular (Por Oncogem Pesquisado)
- Imunoperoxidase (Por Anticorpo Primário)
- Laparoscopia
- Laparoscopia diagnóstica
- Mamografia
- Mapeamento Cerebral com Eletroencefalograma
- Mapeamento Cerebral com Potencial Evocado
- Polissonografias
- Tomografia com ou sem contraste
- Tomografia Computadorizada
- Ultrassonografia Obstétrica
- Ressonância Magnética



### **ANEXO III**

### **CONTRIBUIÇÕES**

#### **PLANO ENFERMARIA**

Segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia  
Padrão de acomodação em quarto coletivo

**1 – Contribuições dos beneficiários e seus dependentes, conforme abaixo:**

- a) Beneficiário (empregado) ativo – percentual definido e aprovado anualmente pelo Conselho Deliberativo da CAESAN, incidente sobre as partes fixas do salário bruto (salário, quinquênio, anuênio e gratificações incorporadas), multiplicado pelo número de pessoas (beneficiário contribuinte mais os dependentes diretos: cônjuge e filho menor - exceto agregados que possuem tabela por faixa etária);
- b) Beneficiário inativo aposentado/Extra-folha – percentual definido e aprovado anualmente pelo Conselho Deliberativo da CAESAN, incidente sobre o total dos rendimentos (suplementação da PREVSAN mais os proventos do INSS) para os aposentados/pensionistas e dependentes diretos: cônjuge e filho menor - exceto agregados que possuem tabela por faixa etária), bem como para o pessoal extra-folha, sobre o total de rendimentos – parte fixa permanente de seus salários atuais;

**2 – Contribuições de agregados – conforme artigo 8º inciso II – Valor definido em estudo atuarial, autorizado anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.**

#### **PLANO ALTERNATIVO**

Segmentação ambulatorial + hospitalar com obstetrícia  
Padrão de acomodação em quarto privativo

- Nas mesmas condições do Plano Enfermaria, acrescido da parte variável definida anualmente, para a opção por quarto privativo, conforme autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



**ANEXO IV**  
**FAIXAS ETÁRIAS**  
**AGREGADOS**

Observada a idade do beneficiário agregado, sua contribuição mensal sofrerá reajustes de acordo com a evolução de sua idade, conforme redação dada pela Resolução Normativa – RN nº. 63, de 22 de dezembro de 2003, abaixo demonstrada:

- 1** – beneficiário inscrito com um dia de vida até a maioridade civil (dezoito anos);
- 2** – beneficiário inscrito com 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 3** – beneficiário inscrito com 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 4** – beneficiário inscrito com 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 5** – beneficiário inscrito com 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 6** – beneficiário inscrito com 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 7** – beneficiário inscrito com 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 8** – beneficiário inscrito com 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 9** – beneficiário inscrito com 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos completos, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual;
- 10** – beneficiário inscrito com 59 (cinquenta e nove) anos completos ou mais de idade, ou que venha a completá-los durante a vigência contratual.

Em virtude da mudança da faixa etária, nenhuma variação percentual atingirá o beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos de idade. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária; e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. A variação da contribuição em virtude de mudança de faixa etária por alcance da idade limite somente incidirá no mês subsequente ao do aniversário do beneficiário



**ANEXO V**

**PLANOS**

<b><u>NOME COMERCIAL</u></b>	<b><u>REGISTRO ANS</u></b>
1 – PLANO CAESAN AGREGADO APARTAMENTO	457.259/08-9
2 – PLANO CAESAN AGREGADO ENFERMARIA	457.260/08-2
3 – PLANO CAESAN PADRÃO	458.370/08-1
4 – PLANO CAESAN ESPECIAL	458.369/08-8