



Regulamento Viva+
Plano de Saúde dos empregados e dependentes
Coletivo Empresarial

Conteúdo

Capítulo I.....	4
Seção I – Qualificação da Operadora.....	4
Seção II – Qualificação do Patrocinador.....	4
Seção III – Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS.....	4
Seção IV – Tipo de Contratação/Segmentação.....	4
Seção V – Área Geográfica de Abrangência.....	4
Seção VI – Padrão de Acomodação em Internação.....	4
Capítulo II.....	5
Objeto e Natureza do Regulamento.....	5
Capítulo III.....	5
Beneficiários e sua Condição para Admissão no Plano.....	5
Capítulo IV.....	8
Coberturas e Procedimentos Garantidos.....	8
Capítulo V.....	13
Exclusões de Cobertura.....	13
Capítulo VI.....	15
Períodos de Carência.....	15
Capítulo VII.....	16
Urgência e Emergência.....	16
Capítulo VIII.....	16
Remoção.....	16
Capítulo IX.....	16
Acesso à Livre Escolha de Prestadores de Serviço.....	16
Seção I – Prestação de Serviços.....	16
Seção II – Reembolso.....	17
Capítulo X.....	18
Mecanismos de Regulação.....	18
Seção I – Coparticipação.....	18
Seção II – Identificação dos Beneficiários.....	19
Seção III – Rede Credenciada.....	20
Seção IV – Condições de Atendimento.....	21



Capítulo XI	23
Seção I – Custeio.....	23
Seção II – Reserva, Fundos, Provisões Aplicáveis e Taxa Administrativa	23
Capítulo XII	23
Contribuição Mensal e Coparticipação	23
Capítulo XIII	24
Seção I – Contribuição	24
Seção II – Reajuste	25
Capítulo XIV	25
Faixas Etárias e Salariais	25
Capítulo XV	26
Condições de Permanência e de Desligados Sem Justa Causa do Patrocinador.....	26
Capítulo XVI	26
Condições da Perda e Reingresso de Beneficiário.....	26
Capítulo XVII	28
Serviços e Coberturas Adicionais.....	28
Seção I – Internações Domiciliares.....	28
Seção II – Assistência Domiciliar.....	30
Capítulo XVIII	31
Disposições Gerais.....	31
Seção I – Obrigações dos Beneficiários	31
Seção II – Obrigações da Operadora FAECES	32
Seção III – Obrigações do Patrocinador.....	32
Seção IV – Disposições Finais	33
Capítulo IX	34
Eleição de Foro	34

Capítulo I

Seção I – Qualificação da Operadora

Art. 1º - A Fundação Assistencial dos Empregados da CESAN, doravante designada FAECES, pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 00.580.481/0001-51, operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão patrocinada e sem mantenedor, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o nº 32.966-5, com sede na Avenida Princesa Isabel, 574, salas 1304 a 1313, bloco A, Centro, Vitória, E. Santo, CEP: 29.010-930.

Seção II – Qualificação do Patrocinador

Art. 2º - É patrocinador do **Viva+**:

I) Razão Social: Companhia Espirito Santense de Saneamento - CESAN

CNPJ: 28.151.363/0001-47

Endereço: Avenida Governador Bley, 186, 3º andar

Bairro: Centro

Cidade: Vitória

Estado: Espírito Santo

CEP: 29.010-150

Seção III – Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS

Art. 3º - O nome comercial do Plano é Plano de Assistência à Saúde dos Empregados e Aposentados da CESAN/FAECES – **Viva+** registrado na ANS, sob o nº: XXXXX, a partir de __/__/2017.

(dependerá do percentual de adesão)

Seção IV – Tipo de Contratação/Segmentação

Art. 4º - Os contratos a serem firmados são do tipo **COLETIVO EMPRESARIAL**.

Art. 5º - O tipo de segmentação assistencial do contrato firmado entre as partes é: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontologia.

Seção V – Área Geográfica de Abrangência

Art. 6º - A abrangência geográfica do **Viva+** será por grupo de municípios, à saber: Afonso Claudio, Anchieta, Barra de São Francisco, Bom Jesus de Itabapoana, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Domingos Martins, Ecoporanga, Guarapari, Ibatiba, Itaperuna, Iúna, Marechal Floriano, Montanha, Muqui, Nova Venécia, Pedro Canário, Santa Maria de Jetibá, Santa Tereza, São Gabriel da Palha, São Mateus, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória.

Seção VI – Padrão de Acomodação em Internação

Art. 7º - As internações hospitalares serão efetuadas em apartamento com banheiro privativo, com direito a 1 (um) acompanhante, conforme disposto na legislação vigente da ANS à época da internação.

Parágrafo único: No caso de inexistência das acomodações previstas no caput deste artigo fica assegurada internação em acomodações superiores, se houver, sem custos adicionais para o Beneficiário, conforme estabelece a legislação em vigor.

Capítulo II

Objeto e Natureza do Regulamento

Art. 8º - **Viva+** é um plano de assistência à saúde, sem mantenedor, patrocinado pelas empresas listadas na Seção II, artigo 2º deste Regulamento e outras que vierem a ser patrocinadoras, administrado pela FAECES, operadora classificada na modalidade de Autogestão, e devidamente aprovado por seus patrocinadores, tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto na Lei 9.656/1998 e suas alterações posteriores, visando a cobertura de serviços de assistência médica ambulatorial, hospitalar e odontológica, no mínimo os definidos no Rol de Procedimentos editado pela ANS, bem como suas Diretrizes de Utilização – DUT e Protocolos de Utilização - PROUT, através de rede credenciada, aos Beneficiários.

§1º: O **Viva+** rege-se pelo presente Regulamento, por instruções e outros atos que forem baixados pelos órgãos competentes de sua administração e pela legislação a ele aplicável.

§2º: Os Beneficiários, no ato da adesão, expressarão pleno conhecimento e concordância dos termos deste Regulamento.

Art. 9º - O presente Regulamento traça as diretrizes do **Viva+**, com característica de contrato coletivo, revestindo-se, portanto, de bilateralidade, gerando direitos e obrigações para as partes, em consonância com o disposto no Código Civil Brasileiro (Lei 10.406 de 2002), estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo os Beneficiários, o risco de não existir a cobertura da referida assistência, no Rol de Procedimentos da ANS.

Capítulo III

Beneficiários e sua Condição para Admissão no Plano

Art. 10 - O **Viva+** destina-se às pessoas vinculadas ao Patrocinador por relação empregatícia ou estatutária, a seus administradores e seus dependentes.

Art. 11 - Os Beneficiários classificam-se em:

I - Beneficiários Titulares - aqueles que se encontram em uma das seguintes condições:

- a) empregados ativos do Patrocinador;
- b) diretores e empregados ad nutum do Patrocinador;
- c) pessoas elencadas nas alíneas “a” e “b”, que em decorrência de exoneração ou rescisão do contrato de trabalho por demissão sem justa causa, venham a fazer opção pela permanência no **Viva+ Coletivo por Adesão**, por meio de requerimento formalizado, desde que, além de suas contribuições

mensais, assumam o pagamento integral das contribuições do patrocinador, bem como suas coparticipações, observando o constante no Capítulo XVII deste Regulamento.

II – Beneficiários Dependentes - são dependentes diretos dos Beneficiários Titulares, desde que devidamente inscritos no **Viva+**:

- a) cônjuge ou companheiro(a);
- b) filho solteiro até 21 anos incompletos ou até 24 anos incompletos, desde que estudante universitário, mediante comprovação semestral;
- c) filho solteiro com invalidez permanente desde que já inscrito no plano do Patrocinador até a data de criação do **Viva+**, independente da idade;
- d) menor sob guarda ou tutela, comprovado por documento legal;
- e) curatelado, desde que já inscrito nos planos da CESAN vigente ou que tivessem condições de fazê-lo até a data de implantação do **Viva+**.

III – Beneficiário Agregado - são considerados Beneficiários Agregados em relação ao Beneficiário Titular, desde que devidamente inscritos no **Viva+ Coletivo por Adesão**:

- a) filho até 21 anos, casado, que perdeu a condição de Beneficiário Dependente;
- b) filho maior de 21 anos, desde que não esteja cursando ensino universitário;
- c) filho maior de 24 anos;
- d) cônjuge de filho desde que este seja Beneficiário Agregado;
- e) pai e/ou mãe de Beneficiário Titular, desde que já inscritos no plano da CESAN vigente, até agosto de 2012.

§1º: Nos casos em que os cônjuges sejam empregados do Patrocinador, esses poderão ser inscritos como dependente ou titular, dependendo de sua opção, entretanto, não será permitida a duplicidade de inscrição.

Art. 12 - No ato da adesão ao **Viva+** o Beneficiário Titular, Dependente direto ou Agregado, deverá informar, exceto para os casos de inexistência de cumprimento de carência, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde (DS), o conhecimento de Doenças e Lesões Pré-existentes (DLP), sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos da legislação vigente.

§1º: O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante Entrevista Qualificada (EQ) orientada por um médico referenciado pelo **Viva+**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

§2º: O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao **Viva+**, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da eventual omissão de informações.

Art. 13 - A inscrição ao **Viva+** como Beneficiário Titular, Dependente ou Agregado é condição essencial à obtenção dos benefícios assegurados por este Regulamento, sendo o Beneficiário Titular o responsável pela inscrição e pelos atos praticados por seus dependentes e agregados.

Art. 14 - A adesão ao **Viva+** pelo Beneficiário Titular é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento, por meio da formalização e assinatura do Termo de Adesão, e implica na autorização para desconto em folha de pagamento, débito em conta corrente ou emissão de boletos bancários, referente às contribuições mensais e percentuais da coparticipação, enquanto permanecer inscrito no plano, devendo apresentar na ocasião da adesão os seguintes documentos:

I - Beneficiário Titular: RG, CPF e Carteira Nacional de Saúde – CNS, documento probatório de desligamento do plano de saúde da CESAN e/ou PLASS;

II - Cônjuge: certidão de casamento, RG, CPF e CNS;

III - Companheiro(a): declaração pública de vida em comum registrada em cartório, RG, CPF e CNS;

IV - Filho solteiro:

- a) até 21 anos incompletos: certidão de nascimento, RG, CPF e CNS para maiores de 16 anos;
- b) maior de 21 até 24 anos incompletos, se estudante universitário: certidão de nascimento, RG, CPF, CNS e declaração de matrícula, comprovada semestralmente;
- c) inválido: comprovação através de laudo do médico assistente, com parecer favorável do médico perito do Viva+, RG, CPF e CNS.

V - menor sob guarda ou tutela: termo de guarda ou tutela do menor onde conste o nome do Beneficiário Titular como tutor ou responsável pelo mesmo, através de comprovação judicial, RG, CPF e CNS para maiores de 16 anos.

VI - curatelado: termo de curatela, onde conste o nome do Beneficiário Titular como curador ou responsável pelo mesmo, através de comprovante judicial, RG, CPF e CNS, desde que já inscrito nos planos da CESAN vigente ou que tivessem condições de fazê-lo até a data de implantação do Viva+.

§1º: Não será permitida a inclusão de outro dependente como cônjuge ou companheiro quando houver um já cadastrado junto ao **Viva+**, exceto por determinação judicial, devendo neste caso ser inscrito como Beneficiário Agregado e o Beneficiário Titular assumir o pagamento integral da contribuição mensal e a correspondente coparticipação.

§2º: A inscrição de filho inválido, menor sob guarda ou tutela como Beneficiário Dependente deverá ocorrer até a idade limite de 21 anos incompletos ou até 24 anos incompletos, se estudante universitário.

§3º: A inclusão de cônjuge recém-casado e de filho recém-nascido, do Beneficiário Titular, será imediata e isenta do cumprimento de carências, desde que os documentos comprobatórios sejam encaminhados ao **Viva+** num prazo de até 30 (trinta) dias após o casamento ou o nascimento do filho. Findo este prazo, os inscritos estarão sujeitos às carências previstas neste Regulamento.

§4º: Serão considerados elegíveis ao **Viva+**, para realizar sua adesão ao plano, os empregados que já tiverem cumprido o período de experiência estabelecido no contrato de trabalho com o Patrocinador.

§5º: Os Beneficiários Titulares, inclusive os relacionados no artigo 11, inciso I, alínea b, que em decorrência de destituição ou rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, poderão optar pela permanência no **Viva+ Coletivo por Adesão** por meio de requerimento formalizado. O período assegurado será o estabelecido por legislação vigente. Independentemente do tempo de sua permanência no Plano **Viva+ Coletivo Empresarial**, o Beneficiário terá que assumir o pagamento integral das suas contribuições mensais e das contribuições do Patrocinador, bem como as coparticipações. Durante o mesmo período os seus dependentes e agregados terão assegurado o mesmo direito, inclusive em caso de morte do Beneficiário Titular.

§6º: Os Beneficiários Dependentes empregados da CESAN, cônjuges de empregados da CESAN, poderão aderir ao **Viva+** como Beneficiários Titulares, em caso de rescisão do contrato de trabalho com a CESAN do cônjuge Beneficiário Titular, podendo este passar a ser dependente do novo Beneficiário Titular, sem o cumprimento de carência, desde que esta adesão seja realizada em até 30 dias da rescisão.

Art. 15 - A inscrição dos Beneficiários Agregados no **Viva+ Coletivo por Adesão**, compete ao Beneficiário Titular, que deverá fazê-la por meio da formalização e assinatura do Termo de Adesão, devendo apresentar na ocasião os seguintes documentos:

I - filho:

- a) casado: RG, CPF e CNS;
- b) maior de 21 anos, desde que não esteja cursando ensino universitário: RG, CPF e CNS;
- c) maior de 24 anos: RG, CPF e CNS;

II - cônjuge de filho desde que este seja beneficiário agregado: RG, CPF, CNS e Certidão de Casamento;

III - pai e/ou mãe de Beneficiário Titular, desde que já inscritos no plano da CESAN vigente, até agosto de 2012: RG, CPF e CNS.

Art. 16 - Sempre caberá ao Beneficiário Titular a entrega dos Cartões de Identificação de Beneficiários do **Viva+** aos seus dependentes e agregados.

Capítulo IV

Coberturas e Procedimentos Garantidos

Art. 17 - O **Viva+** assegurará aos Beneficiários, respeitados os prazos de carência, exclusões e coberturas estabelecidas neste Regulamento, os procedimentos ambulatoriais, hospitalares, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e odontologia, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigentes à época do evento, aplicando-se, ainda, as diretrizes de utilização para coberturas estabelecidas nas normas da ANS.

§1º: A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

§2º: Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

§3º: A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

§4º: Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

§5º: O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

§6º: Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

d) Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

e) Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

f) atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- atividades educacionais;
- consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- atendimento clínico;
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

g) Os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

i) Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial;

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE REFERENCIADA PELA CONTRATADA:

§7º: Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

a) Internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva ou similar;

b) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

c) Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados;

d) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

e) O beneficiário terá direito à cobertura de despesas de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

f) Exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

g) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

h) Atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA);

i) Os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;

- Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- j) Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- l) Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- m) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
- n) Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o associado deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA PELO **Viva+**:

§8º: Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com Coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes. Esse percentual de

Coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

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

§9º: COBERTURA OBSTÉTRICAS:

a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;

b) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

c) Cobertura assistencial ao recém-nascido(a), filho(a) natural ou adotivo(a) do BENEFICIÁRIO, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

§10º: O atendimento será assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada ao **Viva+** e os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

§11º: O Beneficiário internado em Instituição credenciada especializada em saúde mental e dependência química, que der causa a alta administrativa, desobriga o **Viva+** de viabilizar a continuidade do tratamento em outra instituição.

Art. 18 - Serão respeitadas as garantias de atendimento estabelecidas na legislação vigente.

Art. 19 – A cobertura odontológica compreende além dos procedimentos listados no Rol da ANS aqueles constantes na Tabela de Procedimentos Odontológicos do **Viva+**.

§1º. Os procedimentos buco maxilo faciais que necessitem de internação hospitalar estão cobertos, considerando a segmentação hospitalar do **Viva+**.

§2º. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessitar de suporte hospitalar para a sua realização, terão cobertura do **Viva+**, desde que os procedimentos constem do Rol de procedimentos médicos ou odontológicos da ANS.

§3º. Caberá ao **Viva+** estabelecer critérios operacionais para realização de Perícia e/ou Auditoria Odontológica, Presencial ou Documental devendo, para tanto, o beneficiário acatar as respectivas indicações, sob pena de não ter o serviço autorizado ou a participação financeira do **Viva+**.

Art. 20 - O Beneficiário arcará com as despesas de serviços ou procedimentos por ele utilizados, sem a necessária autorização, justificativa ou prescrição profissional.

§1º. No caso de divergência profissional em relação ao procedimento realizado, fica garantida que a definição do impasse poderá ser através de uma junta, constituída pelo profissional solicitante, por outro profissional indicado pelo **Viva+**, e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo do **Viva+**.

§2º. Não havendo acordo na escolha do profissional para definição do impasse, sua designação poderá ser solicitada à sociedade da aludida especialidade, reconhecida oficialmente.

§3º. Após a análise da junta profissional, fica reservado ao **Viva+** o direito de recusar atendimento aos pedidos considerados abusivos, desnecessários ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste Regulamento.

Capítulo V

Exclusões de Cobertura

Art. 21 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

§1º - Para os planos de segmentação Ambulatorial Hospitalar com obstetrícia:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da OPERADORA sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano, lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- e) Inseminação artificial, considerada 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;
- f) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- g) Tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- h) Clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- i) Academias de condicionamento físico;
- j) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- k) Exames e Medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF);
- l) Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- m) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- n) Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- o) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou como cobertura adicional prevista neste Regulamento;
- p) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- q) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos termos deste Regulamento e conforme valores descritos na Tabela de Referência adotada pela OPERADORA;
- r) Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- s) Cirurgia para mudança de sexo;
- t) Avaliação pedagógicas;
- u) Orientações vocacionais;
- v) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- w) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, ressalvado o realizado em caráter de emergência;
- x) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- y) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- z) Escleroterapia de veias;

§ 10º – Mesmo que haja registro da OPME na ANVISA, não terão cobertura se não tiverem recomendação de uso pelo CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS).

Capítulo VI

Períodos de Carência

Art. 22 - A cobertura prevista no presente Regulamento se inicia a partir da adesão do Beneficiário, após a realização da Entrevista Qualificada (EQ), quando for o caso, de modo que não se prolonguem as carências, exceto nos casos previstos no artigo seguinte, sendo o contrato por prazo indeterminado e renovado automaticamente a cada ano, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Art. 23 - A adesão ao **Viva+** somente poderá ser feita após o período de experiência do empregado. Os beneficiários que se inscreverem no **Viva+** cumprirão os períodos de carência estabelecidos na legislação vigente:

I – Empregado recém-admitido do patrocinador: após o cumprimento do período de experiência, não haverá cumprimento de carência para o Beneficiário Titular e seus Dependentes, previstos na alínea “a”, inciso I do artigo 11 deste Regulamento, se a adesão ocorrer em até 30 (trinta) dias após o cumprimento do período de experiência. Findo este prazo cumprirá as carências previstas na legislação vigente;

II – Demais empregados do patrocinador que aderirem ao **Viva+**: não haverá cumprimento de carência para o Beneficiário Titular, seus Dependentes e Agregados, previstos no inciso I do artigo 11 deste Regulamento, se a adesão ocorrer em até 60 (sessenta) dias da data de início das adesões. Findo este prazo cumprirá as carências previstas na legislação vigente.

§1º: Cônjuge ou Companheiro(a): não haverá carência se a inclusão ocorrer em até 30 (trinta) dias da data do casamento ou da expedição da Declaração Pública de Vida em Comum. Após este prazo, cumprirá as carências previstas na legislação vigente.

§2º: Filho recém-nascido ou adotivo com idade inferior a 12 (doze) anos: não haverá carência se a inclusão ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de nascimento ou da adoção. Após este prazo, cumprirá as carências previstas na legislação vigente.

§3º: Não haverá carência para a cobertura dos casos devidamente caracterizados como Urgência ou Emergência.

§4º. No caso de cancelamento da adesão ao **Viva+**, por parte de qualquer Beneficiário e na hipótese deste desejar retornar ao plano com um intervalo de tempo até 30 (trinta) dias, haverá carência de 90 (noventa) dias, limitado a no máximo 03 (três) solicitações de cancelamento.

§5º: No caso de cancelamento da adesão ao **Viva+**, por parte de qualquer Beneficiário e na hipótese deste desejar retornar ao plano com um intervalo de tempo superior a 30 (trinta) dias, este cumprirá as carências previstas na legislação vigente;

§6º: Não haverá carência para o dependente ou agregado do Titular, que esteja inscrito no **Viva+** e que venha a se tornar empregado do Patrocinador, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias. Após este prazo, cumprirá as carências previstas na legislação vigente;

§7º: Em nenhuma hipótese o **Viva+** aceitará o pagamento de qualquer valor para evitar o cumprimento de carências.

Capítulo VII

Urgência e Emergência

Art. 24 - O **Viva+** garante a cobertura aos atendimentos de Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, e de Emergência como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em laudo fornecido pelo profissional assistente, após 24 horas da assinatura do termo de adesão.

Capítulo VIII

Remoção

Art. 25 - O **Viva+** garantirá a cobertura de remoção de paciente internado, entre hospitais ou para realização de exames não disponíveis no local da internação, em ambulância terrestre básica ou UTI móvel, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, com indicação e apresentação de laudo contendo justificativa do médico assistente dentro do limite de abrangência geográfica prevista neste Regulamento, desde que previamente autorizado pelo **Viva+**.

Art. 26 - O **Viva+** garantirá a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como Urgência e Emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade de atenção ao Beneficiário e dentro do limite de sua abrangência geográfica.

Art. 27 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade hospitalar que não seja pertencente ao SUS e/ou de sua rede credenciada, o **Viva+** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Capítulo IX

Acesso à Livre Escolha de Prestadores de Serviço

Seção I - Prestação de Serviços

Art. 28 - Os serviços constantes deste Regulamento serão prestados por:

I - rede credenciada;

II - livre escolha, mediante reembolso.

Parágrafo único: O **Viva+** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços prestados em desacordo com o estabelecido neste Regulamento.

Seção II – Reembolso

Art. 29 - Os Beneficiários que se valerem de serviços cobertos pelo **Viva+**, prestados por profissionais ou instituições fora do quadro de credenciados, ou fora da área de sua abrangência geográfica, pagarão diretamente a quem lhes prestar os serviços e terão direito a requerer o reembolso das despesas efetuadas, conforme os valores das tabelas de procedimentos e serviços adotadas pelo **Viva+** junto a sua rede credenciada e descontada a respectiva coparticipação do Beneficiário nos eventos estabelecidos neste Regulamento, independentemente do valor pago pelo Beneficiário.

§1º: A diferença entre o valor do serviço e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

§2º: Nas solicitações de reembolso aplicam-se também as exigências e limitações estabelecidas nas Diretrizes de Utilização - DUT da ANS.

§3º: Não serão reembolsadas despesas com quaisquer procedimentos não cobertos pelo **Viva+**.

§4º: Para que ocorra o reembolso, o prestador do atendimento não poderá ser credenciado.

§5º: Caso não exista serviço disponível na área de abrangência do plano, o reembolso será integral, descontada a respectiva coparticipação do Beneficiário.

§6º: O reembolso de serviços odontológicos será precedido de perícia inicial e final, documental ou presencial, a critério do **Viva+**.

§7º: O reembolso será efetuado através de crédito na conta bancária do Beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação completa ao **Viva+**.

§8º: Para efeito do cálculo do reembolso, prevalecerá a data do recibo ou da nota fiscal.

Art. 30 - Reembolso referente a honorários cuja internação tenha sido feita na rede credenciada, será realizado após o recebimento da conta hospitalar pelo **Viva+**.

Parágrafo Único: A antecipação do reembolso poderá ser realizada mediante apresentação pelo Beneficiário do comprovante das despesas, anexando uma cópia da conta hospitalar, ou declaração do hospital de que essas despesas não serão cobradas através da fatura hospitalar.

Art. 31 - Fica assegurado o reembolso, nos limites das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, em casos de Urgência ou Emergência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pelo **Viva+**.

Art. 32 - As despesas serão reembolsadas de acordo com a relação de preços de serviços médicos, odontológicos e hospitalares praticados pelo **Viva+** junto a sua rede credenciada, devendo o Beneficiário, para tanto, apresentar os documentos originais relacionados a seguir:

I - pessoa física: recibo do profissional contendo assinatura, número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda - CPF;

II - pessoa jurídica: nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ.

§1º: Em ambos os casos, o Beneficiário Titular deverá encaminhar ao **Viva+** a solicitação de reembolso com discriminação de cada procedimento ou atendimento realizado bem como a quantidade deles, laudo do profissional, expressão numérica por extenso do valor do(s) procedimento(s), data(s), carimbo legível e assinatura do profissional que assistiu o Beneficiário.

§2º: No caso de contas hospitalares, o Beneficiário Titular deverá encaminhar ao **Viva+** laudo profissional com indicação da intervenção ou procedimento, diagnóstico da enfermidade, contendo carimbo legível e assinatura. Deverão ainda, ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, quantidades e período das diárias, quantidade e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) além dos respectivos preços unitários, bem como relatório justificando os casos de Urgência e Emergência, quando se aplicar.

Art. 33 - O pedido de reembolso deverá ser feito até o prazo de 12 (doze) meses após a realização do atendimento, acompanhado da documentação probatória listada no Artigo 33.

Art. 34 - Não serão reembolsadas as despesas, cujos documentos estiverem rasurados, emendados, ilegíveis, fora do prazo e em desacordo com este Regulamento.

Capítulo X

Mecanismos de Regulação

Seção I – Coparticipação

Art. 35 - Além da contribuição mensal, todos os Beneficiários ficarão sujeitos à coparticipação sobre os valores das Tabelas do **Viva+**, fixados em:

I – 20% (vinte por cento) do valor unitário dos procedimentos previstos no rol da ANS e neste Regulamento, até o valor referencial de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) com reavaliação atuarial anual e divulgado no Portal Saúde do **Viva+**;

II - 5% (cinco por cento) do valor unitário dos procedimentos previstos no rol da ANS e neste Regulamento, que ultrapassem o valor referencial de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) com reavaliação atuarial anual e divulgado no Portal Saúde do **Viva+**;

III - 10% (dez por cento) do valor das despesas com internações para tratamentos de transtornos psiquiátricos e dependência química, que excederem a 90 (noventa) dias do período de um ano de contrato;

IV – Não haverá cobrança de coparticipação nos seguintes eventos, independente do regime de atendimento, ou seja, ambulatorial, internação hospitalar ou de hospital dia:

- a) quimioterapia oncológica;

- b) terapia imunobiológica;
- c) tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico;
- d) radioterapia;
- e) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- f) radiologia intervencionista;
- g) internações clínicas e cirúrgicas.

§1º: A coparticipação será apurada mensalmente e incidirá sobre a utilização dos procedimentos realizados por Beneficiário Titular, Dependente ou Agregado, cuja responsabilidade é integral destes.

§2º: Na impossibilidade de se efetuar o desconto da contribuição na remuneração do Beneficiário Titular, ficará este obrigado a recolhê-la ao **Viva+**, até a data estabelecida no instrumento de cobrança, sendo que este adotará a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

§3º: Nos casos em que a soma da coparticipação ultrapassar o limite de 10% (dez por cento) do salário base mensal, para empregados que não possuem dependentes pai e/ou mãe inscritos como Agregado no plano **Viva+ Coletivo por Adesão**, será efetivado o desconto do valor em folha de pagamento até o limite estabelecido e a diferença entre eles será assumida por um fundo garantidor, que se ressarcirá junto ao beneficiário titular, nos meses subsequentes, sempre com desconto limitado a 10% (dez por cento) do salário base mensal.

§4º. Nos casos em que a soma da coparticipação ultrapassar o limite de 15% (quinze por cento) do salário base mensal para empregados que possuem dependentes pai e/ou mãe inscritos como agregados no plano **Viva+ Coletivo por Adesão**, será efetivado o desconto do valor em folha de pagamento até o limite estabelecido e a diferença entre eles será assumida por um fundo garantidor, que se ressarcirá junto ao beneficiário titular, nos meses subsequentes, sempre com desconto limitado a 15% (quinze por cento) por cento do salário base mensal.

§5º. A cobrança da coparticipação poderá ser dispensada, nos casos de Programas de Saúde Preventiva implementados pelo Patrocinador.

Seção II – Identificação dos Beneficiários

Art. 36 - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento é indispensável a identificação do Beneficiário na rede credenciada.

§1º. A identificação consiste na apresentação do Cartão de Identificação de Beneficiários do **Viva+**, junto com um documento oficial de identificação com foto.

§2º. O Cartão de Identificação de Beneficiários do **Viva+** terá validade máxima trienal ou por tempo inferior, conforme a característica do Beneficiário.

§3º. O Cartão de Identificação de Beneficiários do **Viva+** é pessoal, de uso restrito e intransferível, sendo aplicáveis as penalidades previstas no Capítulo XVII deste Regulamento, ao infrator e/ou ao seu responsável legal, nos casos de utilização indevida.

§4º: A perda, extravio, roubo ou furto do Cartão de Identificação de Beneficiários do **Viva+** deverá ser comunicada pelo Beneficiário imediatamente, sob pena de ressarcimento das eventuais despesas pelo seu uso indevido, acrescido de multa, juros e encargos.

§5º: A emissão da segunda via do Cartão de Identificação de Beneficiários do **Viva+** será produzida mediante solicitação escrita e assinada pelo Beneficiário Titular, cabendo a este o custo da confecção.

§6º: É obrigatória a devolução do Cartão de Identificação de Beneficiários do **Viva+** por ocasião do cancelamento ou da suspensão de inscrição do Beneficiário.

Seção III – Rede Credenciada

Art. 37 - A rede credenciada é composta por Profissionais ou Instituições selecionados e autorizados pelo **Viva+** para prestação de serviços médicos, odontológicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, cuja relação encontra-se disponibilizada no Portal de Saúde do **Viva+** no endereço eletrônico www.faeces.com.br.

Art. 38 - O atendimento por meio da rede credenciada será feito mediante a apresentação do Cartão de Identificação de Beneficiário do **Viva+**, acompanhado de um documento oficial de identificação salvo nos casos de Urgência ou Emergência, cuja identificação poderá ocorrer em até 72 (sessenta e duas) horas após o atendimento.

§1º: A guia de atendimento deverá ser preenchida no ato do atendimento, em formulário próprio com todos os dados completos ou guia eletrônica no padrão TISS.

§2º: A cobertura da rede credenciada está limitada aos municípios do estado do Espírito Santo, podendo ser estendida aos municípios limítrofes entre os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Art. 39 – O **Viva+** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer prestador de sua rede credenciada, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Art. 40 - É facultada ao **Viva+** a substituição do prestador, desde que por outro equivalente, obedecida a legislação em vigor.

§1º: Na hipótese da substituição do prestador a que se refere o caput deste artigo ocorrer por decisão do **Viva+**, durante período de internação do Beneficiário, o(s) prestador(es) obriga(m)-se a manter a cobertura de atendimento até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

§2º: Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior, os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação ou tratamento, quando o **Viva+** arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuidade da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

Art. 41 - O Beneficiário, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados à outra operadora de plano de saúde.

Art. 42 - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender as necessidades dos Beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, os portadores de necessidades especiais, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 05 (cinco) anos de idade.

Parágrafo Único: Os tratamentos, serviços auxiliares diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico ou odontólogo assistente não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede credenciada do **Viva+** conforme estabelece a legislação vigente.

Art. 43 - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Seção IV – Condições de Atendimento

Art. 44 - Os procedimentos previstos neste Regulamento serão prestados aos Beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências, sendo que a utilização dos serviços abaixo elencados dependerá de prévia autorização, e se for o caso, condicionado a parecer ou perícia por profissional designado pelo **Viva+**:

I - cirurgias plásticas reparadoras, não estéticas, com o objetivo de recompor ou de reparar funções vitais dos órgãos atingidos;

II - cirurgias cardíacas, neurológicas, ortopédicas e outras em que seja necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME);

III - exames de ultrassonografia com doppler, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, hemodinâmica e cintilografia;

IV - procedimentos por vídeo-laparoscopia, hipertermia prostática e litotripsia extra corpórea;

V - cirurgias de varizes;

VI - internações psiquiátricas, as quais se darão em hospital psiquiátrico ou em unidade psiquiátrica de hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

VII – tratamento dialítico, quimioterapias e radioterapias ambulatoriais, terapia com imunobiológicos e quimioterápicos intraoculares;

VIII - tratamento domiciliar, em substituição ou em complementação às internações hospitalares;

IX – acupuntura;

X - outros procedimentos a critério do **Viva+**, previamente divulgados aos Beneficiários.

§1º: Toda internação terá que ser autorizada previamente pelo **Viva+**, exceto em casos de urgência ou emergência em que o Beneficiário Titular terá um prazo máximo de 72 (setenta e duas horas) úteis para regularizar a situação.

§2º: O **Viva+** poderá solicitar, a qualquer momento, diretamente a seus credenciados que tenham assistido o Beneficiário do plano, todas as informações que julgar necessárias para elucidação de assuntos relacionados aos procedimentos realizados, respeitando o sigilo profissional.

§3º: Caberá ao **Viva+** estabelecer critérios operacionais para realização de perícia e/ou auditoria odontológica, presencial ou documental devendo, para tanto, o beneficiário acatar as respectivas indicações, sob pena de não ter o serviço autorizado ou a participação financeira do **Viva+**.

Art. 45 - As autorizações para os procedimentos e utilização de órtese, prótese e materiais especiais (OPME) serão emitidas mediante prévia requisição do profissional em nome do beneficiário, nas respectivas guias padronizadas pela ANS, contendo: código TUSS, descrição, quantidade, assinatura, carimbo, data e local definidos, devendo ainda ser acompanhada de documentos, justificativas e/ou exames que justifiquem sua concessão.

§1º: Nos casos de cirurgias, internações, procedimentos e exames de alta complexidade, o **Viva+** a seu critério, poderá solicitar o comparecimento do Beneficiário para submeter-se à perícia médica. São considerados de alta complexidade:

- a) quimioterapia;
- b) terapia imunobiológica;
- c) tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico;
- d) radioterapia;
- e) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- f) radiologia intervencionista;
- g) internações clínicas e cirúrgicas.

§2º: Nos casos de utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) nos procedimentos solicitados, a Operadora procederá a cotação no mercado, cujo prazo de liberação não deverá exceder a 05 (cinco) dias úteis, a contar da data da efetiva solicitação profissional, em guia padronizada, salvo em situações excepcionais.

Art. 46 - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o beneficiário poderá ser atendido sem a respectiva autorização devendo o laudo médico ser preenchido posteriormente, nos casos onde houver previsão de autorização. O beneficiário deverá, até o primeiro dia útil após o atendimento, comunicar o fato ao **Viva+** e providenciar a autorização específica.

Art. 47 – O **Viva+** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, como medida de regulação, submeter os beneficiários à perícia médica e odontológica presencial e à auditoria de todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo plano. Os Beneficiários e prestadores de serviços estarão obrigados a prestar esclarecimentos e fornecer a documentação necessária.

Capítulo XI

Seção I – Custeio

Art. 48 - O **Viva+** é custeado pelo Patrocinador e pelos Beneficiários, através de contribuições mensais e coparticipação. O regime de preço é o de pré-pagamento quanto ao valor da contribuição mensal, que é efetuada antes da utilização das coberturas previstas, bem como em regime de pós-pagamento, quando da utilização de procedimentos em que houver a coparticipação financeira dos Beneficiários.

Art. 49 - O plano de custeio que definirá o valor, reajuste da contribuição mensal e da coparticipação, será calculado com base na avaliação atuarial, de forma que sejam aplicados anualmente ou na menor periodicidade legalmente permitida e respeitados os critérios estabelecidos na legislação aplicável.

Parágrafo único - Os reajustes aplicados serão comunicados à ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

Art. 50 – Além das contribuições de Beneficiários e Patrocinador, são fontes de custeio:

I - receitas oriundas de aplicações do patrimônio;

II - reservas técnicas já existentes;

III - dotações, doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias.

Seção II – Reserva, Fundos, Provisões Aplicáveis e Taxa Administrativa

Art. 51 - Sobre o total das contribuições mensais recebidas das partes incidirá um percentual de 24% (vinte e quatro) por cento, divididos em 12% (doze por cento) como taxa administrativa da Operadora FAECES e em 12% (doze por cento) para formar uma reserva técnica para custear ônus adicionais da utilização de despesas assistenciais previstas no plano, sendo esse percentual inteiramente suportado pelo Patrocinador CESAN nos primeiros 24 meses de funcionamento do **Viva+**.

Art. 52 – Após os primeiros 24 meses de funcionamento do **Viva+** a taxa de administração será recalculada, e será suportada pelas partes, CESAN e Beneficiários, igualmente, e servirá para custear as despesas administrativas realizadas pela Operadora FAECES, necessárias à gestão do **Viva+**.

Capítulo XII

Contribuição Mensal e Coparticipação

Art. 53 - As contribuições mensais e as coparticipações serão recolhidas à Operadora FAECES até o quinto dia útil do mês, da seguinte forma:

I – empregados, dependentes e agregados do Patrocinador: desconto em folha de pagamento e crédito em conta corrente;

II - patrocinador: crédito do valor correspondente em conta corrente;

Art. 54 - Na impossibilidade de se efetuar o desconto da coparticipação na remuneração do beneficiário titular, o fundo garantidor suprirá a necessidade pontual, ficando o crédito a ser descontado em favor do fundo, nos meses subsequentes até a quitação do débito apurado.

Art. 55 - O beneficiário titular deverá autorizar, no ato da adesão, os descontos das contribuições mensais, da coparticipação e do valor das penalidades a ele impostas em sua folha de pagamento ou efetuar pagamento por meio de boleto bancário.

§1º: Os beneficiários reconhecem que os valores da contribuição mensal e da coparticipação são líquidos e certos, caracterizando-se como dívida a favor do **Viva+**.

§2º: As contribuições mensais serão cobradas proporcionalmente às datas de adesão ou exclusão do beneficiário titular, de seus dependentes e agregados, de forma "*pro rata die*".

§3º: No caso de desligamento do beneficiário do **Viva+**, as contribuições mensais de que trata o caput deste artigo não serão devolvidas.

Art. 56 - O beneficiário titular é responsável pelo recolhimento da contribuição mensal atribuída pelo plano de custeio vigente para ele próprio, para todos os seus dependentes e agregados.

Art. 57 - O pagamento antecipado da contribuição mensal não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência fixados neste Regulamento.

Art. 58 - Nenhum pagamento será reconhecido como feito ao **Viva+** se o beneficiário não possuir comprovante devidamente autenticado pelo agente receptor ou se não observar a forma estabelecida para o pagamento.

Capítulo XIII

Seção I – Contribuição

Art. 59 – A contribuição mensal para o **Viva+** será definida da seguinte forma:

I – do Patrocinador CESAN: será equivalente a 75%, 85% ou 95%, conforme tabela de contribuição por faixa salarial do empregado e por faixa etária deste e de seus dependentes;

II – dos empregados do Patrocinador CESAN e seus dependentes: será equivalente a 25%, 15% ou 5%, conforme tabela de contribuição por faixa salarial do empregado e faixa etária deste e de seus dependentes;

III – dos dependentes pai e/ou mãe inscritos no Plano de Saúde da CESAN até agosto/2012 e como agregados no plano **Viva+ Coletivo por Adesão**: equivalente aos mesmos percentuais atribuídos ao Patrocinador e Empregados da tabela específica.

Seção II – Reajuste

Art. 60 – A Operadora FAECES poderá aplicar reajustes das contribuições mensais todo mês de fevereiro, mediante reavaliação atuarial anual, que levará em consideração a sinistralidade do ano anterior, acréscimos de cobertura do Rol de Procedimentos da ANS e a variação do IPCA saúde;

Art. 61 - Os reajustes serão aplicados a todas as faixas etárias do Plano Viva+, conforme a seguir:

a) O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

b) A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima:

Tabela Viva+	
Faixa Etária	Percentual entre faixas
0-18	0,00
19-23	24,00
24-28	24,00
29-33	24,00
34-38	24,00
39-43	24,00
44-48	24,00
49-53	24,00
54-58	24,00
>= 59 anos	7,34

Capítulo XIV

Faixas Etárias e Salariais

Art. 61 - A contribuição mensal da CESAN, dos empregados, de seus respectivos dependentes e agregados corresponde a uma importância calculada segundo os critérios estabelecidos atuarialmente no plano de custeio, fixado de acordo com a faixa etária de cada beneficiário e conforme estabelecida na tabela de contribuições do **Viva+**.

Art. 62 - As faixas etárias serão aquelas determinadas pela legislação vigente.

Art. 63 – As faixas salariais seguirão o padrão vigente na Assistência Médica e Odontológica Supletiva da CESAN na data de implantação do **Viva+**, reajustadas na periodicidade e na mesma proporção dos reajustes salariais da empresa, estabelecido em acordo coletivo de trabalho (ACT).

Art. 64 - Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário (titular, dependente ou agregado), que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da contribuição mensal será readequado a partir do mês subsequente ao da ocorrência.

Art. 65 - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as condições estabelecidas na legislação.

Art. 66 - As contribuições mensais e as coparticipações também poderão ser reajustadas, respeitada a legislação específica, por revisão do custeio atuarial do plano e não se confundem com os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária.

Capítulo XV

Condições de Permanência e de Desligados Sem Justa Causa do Patrocinador

Art. 67 – Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **Viva+**, e for desligado do seu Patrocinador, fica assegurado no mínimo o direito de permanência no plano **Viva+ Coletivo por Adesão**, conforme o estabelecido na legislação, inclusive para seus dependentes.

Art. 68 - É assegurado ao Aposentado pelo INSS que era beneficiário do Plano de Saúde da CESAN ou do PLASS, juntamente com seus dependentes, e sem vínculo a nenhum dos planos previdenciários administrados pela FAECES, o direito de efetuar sua adesão ao **Viva+ Coletivo por Adesão** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após seu desligamento do patrocinador e manter sua condição de beneficiário, assim como de seus dependentes, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da sua contribuição mensal, da contribuição do patrocinador, bem como de suas coparticipações e de seus dependentes.

Capítulo XVI

Condições da Perda e Reingresso de Beneficiário

Art. 69 - Ocorrerá o cancelamento da inscrição como beneficiário do **Viva+**, além da hipótese do cancelamento do titular, nas seguintes condições:

I - Beneficiário Titular:

- a) que vier a falecer;
- b) que requerer o cancelamento de sua inscrição;
- c) que atrasar por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de contrato, o pagamento de suas contribuições mensais ou coparticipação nas condições estabelecidas neste Regulamento;

d) por desligamento do Patrocinador por justa causa.

II – Beneficiário Dependente:

- a) do cônjuge, após a anulação do casamento, ou após a separação legal mediante apresentação da certidão com averbação do divórcio ou documento de separação judicial que produza os efeitos legais necessários;
- b) do filho solteiro ao atingir a idade limite de vinte e um anos ou de vinte e quatro anos incompletos, no caso de estudante universitário;
- c) do filho solteiro ao concluir ou interromper o curso universitário (maiores de vinte e um anos e menores de vinte e quatro anos incompletos);
- d) do filho e menor sob guarda ou tutela pelo casamento, emancipação ou falecimento ou convívio em união estável;
- e) do cônjuge, do filho e do menor sob guarda ou tutela pelo cancelamento do Beneficiário Titular;
- f) do(a) companheiro(a) pelo rompimento da relação de convívio marital, exceto por decisão judicial;
- g) do menor sob guarda ou tutela ao atingir a idade limite ou período expresso no termo de guarda;
- h) por solicitação escrita do Beneficiário Titular, observadas as condições estabelecidas no §7º deste artigo.

III – Beneficiário Agregado:

- a) por desligamento do beneficiário titular;
- b) que atrasar por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de contrato, o pagamento de suas contribuições mensais ou coparticipação nas condições estabelecidas neste Regulamento.

§1º: O afastamento sem remuneração do beneficiário titular, em conformidade com as alíneas “a” e “b”, inciso I do artigo 11 deste Regulamento, permitirá a manutenção da inscrição no **Viva+**, através de requerimento formalizado, num prazo máximo de 30 (trinta) dias, desde que este beneficiário assuma integralmente o pagamento da sua contribuição mensal e da contribuição do Patrocinador, bem como das suas coparticipações. Se não ocorrer a manifestação no referido prazo, será efetivado o cancelamento do plano para este, seus dependentes e agregados inscritos.

§2º: O **Viva+** se reserva ao direito de excluir do cadastro de integrantes do Plano, os casos de fraude comprovada.

§3º: Os beneficiários que tiverem suas inscrições canceladas somente poderão realizar novas inscrições no plano após a quitação dos débitos porventura existentes, respeitados os demais critérios deste regulamento.

§4º: Ocorrerá o cancelamento da inscrição, pelo não pagamento da contribuição mensal ou coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

§5º: A notificação ao Beneficiário será formalizada por meio de via postal, por correspondência registrada com aviso de recebimento (AR) e encaminhada para seu endereço constante do seu cadastro no **Viva+**. Para

os efeitos deste parágrafo, bem como para o encaminhamento de quaisquer correspondências ou publicações, o beneficiário reconhece como válido para todos os fins o endereço que forneceu ao **Viva+** e que consta do seu cadastro, se não comprovar que anteriormente, havia requerido por escrito sua alteração.

§6º: A exclusão de beneficiário do **Viva+** por solicitação escrita do beneficiário titular somente poderá ser efetivada desde que o beneficiário não esteja em internação hospitalar ou internação domiciliar.

§7º: O Beneficiário terá sua inscrição cancelada em caso de fraude comprovada.

§8º: O Beneficiário que tiver sua inscrição cancelada por fraude, devidamente comprovada, não terá direito ao retorno ao plano.

§9º: O cancelamento do **Viva+** não exime o beneficiário da obrigação de pagar seus débitos vencidos e vincendos.

§10º: A condição de Beneficiário, perdida nos termos do caput, poderá ser readquirida, uma única vez, observadas as carências deste Regulamento.

Art. 70 - O cancelamento da inscrição do beneficiário titular determinará igual efeito em relação a todos os seus dependentes e agregados.

Capítulo XVII

Serviços e Coberturas Adicionais

Art. 71 - Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos editado pela ANS, bem como na legislação vigente, o **Viva+** poderá disponibilizar as seguintes coberturas adicionais:

Seção I – Internações Domiciliares

Art. 72 - Os beneficiários também poderão ser atendidos através do sistema de tratamento domiciliar, de caráter não permanente, em substituição ou em complementação às internações hospitalares, através de contratos entre o **Viva+** e empresas especializadas neste tipo de atendimento.

Art. 73 - Constituem condições indispensáveis para autorização de internação domiciliar:

I – existência de empresa cadastrada para prestação dos serviços, que atenda a cidade da residência do paciente;

II – indicação clínica do médico responsável pelo tratamento do paciente durante a internação;

III – autorização expressa do **Viva+**, após avaliação do plano de tratamento proposto pela empresa responsável pela internação domiciliar;

IV – condições adequadas do domicílio de instalação de equipamentos necessários à internação domiciliar;

V – atendimento aos critérios técnicos para elegibilidade e classificação da complexidade estabelecida pela ABEMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar.

VI – existência de um cuidador ou responsável que supervisione todas as atividades realizadas e ministradas ao paciente, além de servir de interlocutor entre paciente, o prestador de serviço e o **Viva+**;

VII – a localização do domicílio deve apresentar condições de segurança para o trânsito de profissionais do **Viva+** e do prestador de serviço credenciado autorizado a prestar atendimento ao Beneficiário;

VIII - fornecimento de dieta enteral, por no máximo 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado a critério do **Viva+**, desde que não tenha sido fornecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 74 - A cobertura da internação domiciliar, após avaliação e autorização do **Viva+**, restringe-se a:

I - cuidados de enfermagem em período integral ou parcial, conforme o caso;

II - assistência médica e de outros profissionais de saúde indispensáveis ao tratamento, exceto odontólogo;

III – materiais descartáveis e medicamentos de uso oral e/ou parenteral;

IV - equipamentos e gases medicinais hospitalares que garantam a sobrevivência;

V - administração de dieta enteral ou parenteral;

VI - cuidados com cateteres de longa permanência e sondas (vesical, enteral) por período limitado de tempo, ou até que o cuidador/responsável esteja apto a fazê-lo;

VII - exames complementares, dentro dos limites das tabelas utilizadas pelo **Viva+**;

VIII – sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia e avaliação nutricional exigidas, necessária para a recuperação do paciente desde que prescritas pelo médico assistente;

IX - curativos de qualquer porte;

X - aspiração oral e traqueal;

XI – nebulização.

Art. 75 – A internação domiciliar será concedida sem qualquer ônus ao beneficiário.

Art. 76 – Quando da utilização de cobertura de internação domiciliar, o beneficiário ou seu representante legal obriga-se a:

I – indicar um responsável ou cuidador a fim de receber instruções sobre cuidados de saúde ao paciente, de acordo com as orientações do prestador de serviços de internação domiciliar;

II – conduzir o plano de cuidados, com orientação, para atingir o maior nível de saúde e bem-estar do paciente, comprometendo-se a participar, quando possível, das decisões relacionadas à implementação, desenvolvimento e revisão do plano de atendimento;

III – prover o prestador de internação domiciliar de informações relativas ou decorrentes das suas necessidades para efeitos de cuidado em domicílio, além de permitir a liberação de quaisquer informações, desde que essenciais à prestação do serviço;

IV – informar ao prestador de internação domiciliar e ao **Viva+**, dentro do prazo de tratamento, qualquer insatisfação ou questionamento fundamentado sobre o serviço em execução.

Seção II – Assistência Domiciliar

Art. 77 - Os Beneficiários também poderão ser atendidos através do sistema de tratamento domiciliar, de caráter não permanente, em substituição ou em complementação às internações hospitalares, através dos contratos entre o **Viva+** e empresas especializadas neste tipo de atendimento.

Art. 78 - Constituem condições indispensáveis para autorização de assistência domiciliar:

I – existência de empresa cadastrada para prestação dos serviços, que atenda a cidade de residência do paciente;

II – indicação clínica do médico responsável pelo tratamento do paciente;

III – atendimento aos critérios técnicos para elegibilidade;

IV – condições adequadas do domicílio para instalação de equipamentos necessários à assistência domiciliar;

V – existência de um cuidador ou responsável que supervisione todas as atividades realizadas e ministradas ao paciente, além de servir de interlocutor entre paciente, prestador de serviço e **Viva+**;

VI – a localização do domicílio deve apresentar condições de segurança para o trânsito de profissionais do **Viva+** e do prestador de serviço credenciado autorizado a prestar atendimento ao Beneficiário.

Art. 79 - A cobertura da Assistência Domiciliar, após avaliação e autorização do **Viva+**, restringe-se a:

I - assistência médica e de outros profissionais de saúde indispensáveis ao tratamento, exceto odontólogo;

II - terapias com medicamentos endovenosos ou intramusculares;

III – sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia e avaliação nutricional exigidas para a recuperação do paciente desde que prescritas pelo médico assistente;

IV - fornecimento de dieta enteral, por no máximo TRINTA dias, podendo ser prorrogado a critério do **Viva+**, desde que não tenha sido fornecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

V - cuidados com cateteres de longa permanência e sondas por período limitado de tempo, ou até que o cuidador/responsável esteja apto a fazê-lo;

VI - curativos de qualquer porte.

Art. 80 – A Assistência Domiciliar será concedida com ônus (coparticipação) ao beneficiário, conforme o serviço prestado.

Art. 81 – Quando da utilização de cobertura de Assistência Domiciliar, o beneficiário ou seu representante legal obriga-se a:

I – indicar um responsável ou cuidador a fim de receber instruções sobre cuidados de saúde ao paciente, de acordo com as orientações do prestador de serviços de assistência domiciliar;

II – participar do plano de cuidados, desenvolvimento e revisão do plano de atendimento, para atingir o maior nível de saúde e bem-estar do paciente;

III – prover o prestador da assistência domiciliar de informações relativas ou decorrentes das necessidades para efeitos de cuidado em domicílio;

IV – informar ao prestador de assistência domiciliar e ao **Viva+**, dentro do prazo de tratamento, qualquer insatisfação ou questionamento sobre o serviço.

Art. 82 – Caberá ao **Viva+**:

I – monitorar o tempo de internação domiciliar, com acompanhamento por intermédio de visitas periódicas até o momento da alta;

II – certificar que o serviço de internação e/ou assistência domiciliar está preparando o paciente para reingressar no atendimento ambulatorial de rotina anterior à sua internação hospitalar e/ou alta;

III – avaliar a assistência prestada pela equipe multidisciplinar, considerando a frequência e a qualidade desses atendimentos;

IV – analisar os relatórios dos atendimentos prestados, verificando se o plano de tratamento proposto pelo serviço de assistência/internação domiciliar está efetivamente sendo realizado;

Capítulo XVIII

Disposições Gerais

Seção I – Obrigações dos Beneficiários

Art. 83 - São obrigações dos Beneficiários Titulares:

I - conhecer, acatar e zelar pelo cumprimento do Regulamento do **Viva+** por si próprio e por seus dependentes e agregados, respondendo por qualquer irregularidade praticada, que fira ou possibilite o descumprimento das regras estabelecidas;

II - submeter-se à perícia médica ou odontológica e prestar esclarecimentos sobre a utilização de um benefício ou serviço do **Viva+**, sempre que convocado ou solicitado a fim de contribuir com os trabalhos de regulação (auditoria e perícia);

III - formalizar a exclusão de qualquer dependente ou agregado, que de acordo com este Regulamento, venha a perder a condição de Beneficiário do **Viva+**;



IV - responsabilizar-se formalmente pelos débitos próprios, de dependentes e agregados que tenham sido gerados no **Viva+** em caso de exclusão do plano;

V - proceder à devolução dos cartões de identificação do **Viva+** em caso de exclusão do plano;

VI - comunicar imediatamente ao **Viva+**, o extravio dos cartões de identificação, responsabilizando-se sobre os gastos deles decorrentes, até o momento da sua comunicação;

VII - contribuir mensalmente com o valor determinado nas tabelas vigentes do **Viva+**;

Parágrafo Único. O cartão de identificação do **Viva+** é de uso estritamente pessoal do beneficiário e intransferível, sendo considerada falta grave a utilização indevida dos benefícios ou serviços por terceiros, ficando as despesas dela decorrentes sob a responsabilidade integral do beneficiário titular, além das sanções punitivas normatizadas constantes deste Regulamento que poderão resultar na exclusão do beneficiário do Viva+.

Seção II – Obrigações da Operadora FAECES

Art. 84 - São obrigações da Operadora FAECES:

I - administrar o **Viva+**, aplicando os recursos arrecadados e disponíveis, efetuando o pagamento das despesas originadas pela utilização dos benefícios ou serviços aos prestadores;

II - implantar o desconto em folha de pagamento, débito em conta corrente ou emissão de boletos bancários para cobrança das contribuições mensais e coparticipação dos beneficiários;

III - celebrar convênios ou contratos, por sua livre iniciativa ou por indicação do Patrocinador, com profissionais e instituições que aceitem as condições estabelecidas pelo **Viva+**, para a prestação dos serviços ou fornecimento de produtos necessários aos atendimentos previstos neste Regulamento;

IV - cancelar convênios ou contratos com prestadores de serviços, nos casos em que seja comprovada a ocorrência de ações de má fé, conduta ética inadequada, imoral ou antiprofissional dos mesmos, ferindo as cláusulas contratuais/conveniais e contrárias aos interesses do Patrocinador, do **Viva+** e de seus Beneficiários.

V - tomar as medidas necessárias frente às transgressões deste Regulamento.

VI – atender as demandas legais vigentes.

Seção III – Obrigações do Patrocinador

Art. 85 - São obrigações do Patrocinador:

I - proceder o desconto das contribuições mensais e da coparticipação na folha de pagamento dos beneficiários titulares, especificados nas alíneas “a” e “d”, do Inciso I, do artigo 11 deste Regulamento, repassando os valores ao **Viva+**, figurando como garantidores desta contraprestação;

II - repassar o valor correspondente a sua participação financeira estabelecida na Tabela de Contribuição do **Viva+** em vigor, conforme estabelecido neste Regulamento;

III – repassar o valor correspondente aos atendimentos relacionados à medicina ocupacional, acidentes de trabalho e sinistros na comunidade, nos quais autorizar atendimento pelo **Viva+**, na forma estabelecida entre partes;

IV - reter os cartões de identificação do **Viva+**, dos beneficiários titulares, dependentes e agregados, especificados no artigo 11 deste Regulamento, por ocasião de rescisões de contrato de trabalho, encaminhando os mesmos imediatamente para o Viva+.

Seção IV – Disposições Finais

Art. 86 - Este Regulamento poderá sofrer alterações ou adaptações no todo ou em parte, a qualquer momento, em função de fatos não previstos e em conformidade com a legislação vigente.

Art. 87 - A administração do **Viva+** será realizada de forma direta pela Operadora FAECES, vedada sua terceirização.

Parágrafo único: Serviços acessórios e complementares poderão ser contratados através de terceiros, além de convênios de reciprocidade com entidades de autogestão congêneres.

Art. 88 - A aprovação deste Regulamento, bem como futuras alterações deverão ser aprovadas pelo Patrocinador em sua forma regulamentar, em consonância com a legislação vigente.

Art. 89 - O não cumprimento deste Regulamento pelos Beneficiários exime o **Viva+** de quaisquer responsabilidades quanto aos custos advindos de procedimentos adotados contrariando os dispositivos regulamentares e sem a sua autorização.

Art. 90 - O início de vigência do **Viva+** será a partir da aprovação/homologação deste regulamento pelo Patrocinador e órgãos competentes.

Art. 91 - Os casos omissos no presente Regulamento, caracterizados como urgência ou emergência, serão analisados e decididos pela Diretoria Executiva da FAECES. Os demais casos deverão ser submetidos à prévia autorização do Patrocinador CESAN.

Art. 92 – As tabelas de contribuição do **Viva+** serão reajustadas no mês de Março de cada ano.



Capítulo IX

Eleição de Foro

Art. 93 - Para dirimir quaisquer dúvidas sobre o presente Regulamento, fica eleito com exclusividade o foro da Cidade de Vitória, Estado do Espírito Santo.

Vitória, 17 de fevereiro de 2017

PABLO FERRAÇO ANDREÃO

Diretor Presidente – CESAN

JOSÉ EDUARDO PEREIRA

Diretor Administrativo e Comercial – CESAN

LUIZ CARLOS COTTA

Diretor Presidente – FAECES

Diretor de Seguridade em exercício

MARCELO VIEIRA LOPES

Diretor Administrativo e Financeiro - FAECES