

REGULAMENTO PLANO CAMARJ
(COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA)
(ENTIDADE REGISTRADA NA ANS SOB 41.882-0)

I. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES - ATRIBUTOS

Art. 1º

A CAMARJ – Caixa de Assistência aos Membros da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro é uma associação civil sem fins econômicos e de natureza assistencial, organizada sob a modalidade de autogestão, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 27.085.968/0001-14, com sede na Rua do Carmo, nº 7, 2º andar, doravante denominada CAMARJ, que tem como objetivo prestar assistência à saúde, na forma e condições estabelecidas no seu Estatuto e neste Regulamento Básico.

Art. 2º

O presente Regulamento tem por objeto disciplinar a cobertura de custos correspondentes à assistência médica prestada por terceiros aos associados da CAMARJ, por intermédio de plano de saúde coletivo por adesão, doravante PLANO.

II. DA SEGMENTAÇÃO

Art. 3º

O PLANO assegura a cobertura de custos com assistência médica, na segmentação AMBULATORIAL e HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, na forma deste Regulamento.

III. DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA, PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO E DO ACESSO A PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 4º

É garantida a cobertura para atendimentos e internações, com acomodação em quarto privativo, realizados em âmbito estadual.

Art. 5º

Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados:

- I. por entidades e profissionais previamente credenciados, e;
- II. por entidades e profissionais escolhidos livremente pelo beneficiário, ou;
- III. por rede indireta via cessão de rede.

§ 1º. A CAMARJ manterá credenciamento com profissionais e entidades, a fim de assegurar a qualidade de atendimento aos seus usuários.

§ 2º. A rede credenciada da CAMARJ poderá ser consultada no Guia Médico, disponível em quaisquer dos seus escritórios ou ainda no seguinte endereço eletrônico <http://www.camarj.com.br/>.

§ 3º. O cancelamento, substituição e/ou os novos credenciamentos a que se refere este artigo, serão divulgados por meio de informativos ou na página eletrônica da CAMARJ, disponível no endereço eletrônico <http://www.camarj.com.br/>.

§ 4º. A critério do Conselho Diretor da CAMARJ, a rede credenciada poderá ser contratada de outra operadora de plano de saúde.

IV. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º.

Serão associados titulares os Defensores Públicos do Estado do Rio de Janeiro, os Defensores Públicos da União em atuação no estado do Rio de Janeiro e os Procuradores do Estado do Rio de Janeiro, que ingressarem na carreira e se associarem à CAMARJ, nos termos de seu Estatuto.

§ 1º. Para se associar à CAMARJ e aderir ao PLANO, o associado deverá:

- I. preencher a ficha de inscrição;
- II. apresentar documentos exigidos pela CAMARJ, tais como a sua carteira de identidade, a sua certidão de casamento ou nascimento, o seu CPF e seu comprovante de residência, bem como de seus dependentes; e
- III. apresentar a declaração de doença preexistente e entrevista qualificada com médico orientador indicado pela CAMARJ.

§ 2º. O Guia Médico, o Estatuto da CAMARJ e o Regulamento do PLANO serão entregues ao associado no momento da adesão ao PLANO, bem como disponibilizados no endereço eletrônico <http://www.camarj.com.br/>.

Art. 7º

São dependentes do associado titular:

- I. cônjuge;
- II. companheiro(a);
- III. ascendentes até o primeiro grau;
- IV. descendentes até o terceiro grau;
- V. genros e noras;
- VI. tutelados, curatelados e aqueles que estiverem sob a guarda judicial do associado titular.

§ 1º. Nas hipóteses dos incisos I e II, havendo a dissolução da sociedade conjugal ou da união estável, somente será mantido como associado dependente o ex-cônjuge ou ex-companheira(o) mediante manifestação por escrito do associado titular.

§ 2º. Não será admitida a inclusão de dependente acima de 59 (cinquenta e nove) anos.

Art. 8º.

Os associados dependentes sucederão ao associado titular, na hipótese do falecimento deste, desde que requeiram a permanência na CAMARJ no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados do óbito do associado titular e declarem, por escrito, que se responsabilizam pelo pagamento de sua contribuição mensal, na forma prevista no Estatuto e no presente Regulamento.

V. DAS CONTRIBUIÇÕES

Art. 9º.

Os valores das contribuições encontram-se discriminados na Tabela de Contribuições Mensais, disponível em quaisquer dos escritórios da CAMARJ ou em seu endereço eletrônico <http://www.camarj.com.br/>

Parágrafo Único: O custeio do plano será integralmente coberto pelos associados.

Art. 10.

A contribuição mensal devida pelo associado titular será a soma das contribuições devidas por beneficiário inscrito (titular e dependentes), de acordo com as faixas etárias descritas no Art. 14 deste Regulamento.

Art. 11.

O vencimento das contribuições dar-se-á no dia 05 (cinco) do mês subsequente ao vencido ou primeiro dia útil posterior.

Art. 12.

O pagamento das contribuições associativas dar-se-á mediante desconto em folha de pagamento ou em conta corrente onde sejam creditados os vencimentos ou proventos, ou através de boleto bancário.

Parágrafo único: A contribuição dos associados sucessores não pensionistas dar-se-á mediante desconto em conta corrente no banco a ser indicado pela CAMARJ.

Art. 13.

O valor da contribuição dos beneficiários poderá ser reajustado pelo Conselho Diretor, na forma do Estatuto, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis.

§ 1º As contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste financeiro sempre que ocorrer variação nos custos administrativos, médicos e/ou hospitalares do plano, inclusive no caso de aumento da rede credenciada e dos serviços cobertos, respeitado o prazo mínimo previsto na legislação.

§ 2º As contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste técnico calculado com base em critérios atuariais de análise de risco referentes à alteração no nível de sinistralidade do plano, nos termos e dentro da periodicidade prevista na regulamentação pertinente.

Art. 14. Independentemente dos reajustes tratados no Art. 13 deste Regulamento, as contraprestações pecuniárias de qualquer beneficiário do plano serão automaticamente aumentadas sempre que ocorrer alteração na sua idade que implique deslocamento para a faixa etária superior, abaixo listadas:

- a) Ao completar 19 (dezenove) anos,
- b) Ao completar 24 (vinte e quatro) anos,
- c) Ao completar 29 (vinte e nove) anos,
- d) Ao completar 34 (trinta e quatro) anos,
- e) Ao completar 39 (trinta e nove) anos,
- f) Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos,
- g) Ao completar 49 (quarenta e nove) anos,
- h) Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos,
- i) Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos.

Parágrafo único: Os acréscimos e valores de reajustes em cada faixa etária serão previstas em Tabela própria divulgada anualmente e disponível para consulta em quaisquer dos escritórios da CAMARJ ou em seu endereço eletrônico <http://www.camarj.com.br/>

VI. DAS CARÊNCIAS

Art. 15.

Carência é o período de tempo durante o qual o associado contribui, mas ainda não tem direito de utilizar os serviços do plano.

Art. 16.

Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da adesão do associado titular ou da data de inscrição do dependente, sendo assim especificados:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- II. 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos;
- IV. 24 (vinte e quatro) meses para doenças preexistentes.

§ 1º. A assistência médica será prestada aos associados regularmente inscritos após o cumprimento das carências acima mencionadas.

§ 2º. Não será exigida a carência caso o associado titular se associe à CAMARJ até 60 (sessenta) dias da sua posse nas Defensorias Públicas e Procuradoria do Estado do Rio de Janeiro.

§ 3º. A inscrição do associado dependente está sujeito a apresentação da declaração de doença preexistente e entrevista qualificada com médico orientador indicado pela CAMARJ.

§ 4º A inscrição do associado recém-nascido até 30 (trinta) dias contados do seu nascimento, dispensa o exame médico prévio e obrigatório.

VII. DAS COBERTURAS

Art. 17.

A assistência à saúde assegurada por este PLANO compreende os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares com obstetrícia, previstos e na forma do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§ 1º. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatórios, com as restrições dos Arts. 20 e 21 e vedações do Art. 19, ambos deste Regulamento.

§ 2º. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, com acomodação em quarto individual, em regime de internação, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, observadas as restrições dos Arts. 20 e 21 e vedações do Art. 19, ambos deste Regulamento.

§ 3º. A cobertura da internação hospitalar, incluirá as despesas com honorários médicos, taxas, inclusive materiais utilizados, despesas relativas a um acompanhante exclusivamente para beneficiários com menos de 18 anos e mais de 60 anos de idade, um acompanhante da gestante e pessoas portadoras de deficiência, assim como a remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro.

§ 4º. A cobertura obstétrica incluirá os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as restrições dos Arts. 20 e 21 e vedações do Art. 19, ambos deste Regulamento.

Art. 18.

São garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao PLANO, inclusive se decorrentes de complicações de gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção terrestre, até a saída do paciente, observando o seguinte:

- I. quando o atendimento de emergência e urgência for efetuado no período de carência, este será limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;
- II. quando o atendimento de emergência e urgência for efetuado após o período de carência, será garantido, sem restrições, inclusive para internação.

§ 1º. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

§ 2º. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

VIII. DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

Art. 19.

Não estão cobertos pelo plano os procedimentos listados a seguir:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
 - a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnica não registrados/não regularizados no país;
 - b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM; ou
 - c) Cujas indicações não constem da bula/manual registrada 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 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, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, gametas e esperma, criopreservação de gametas ou pré embriões, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, bem como intervenções “in vitro” de pré embriões para tratamento de doenças genéticas ou hereditárias e gestação de substituição (doação de útero/barriga de aluguel);
- IV. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- V. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados e não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- VI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, exceto antineoplásicos orais e de tratamentos de efeitos colaterais dos antineoplásicos, conforme legislação da ANS em vigor;

- VII. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenha sido reprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- VIII. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- IX. tratamento ilícito ou antiético, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e
- XI. estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- XII. Ficam também excluídos:
 - a) Pilates;
 - b) Academias de ginástica e de dança;
 - c) Sessões ou aulas de alongamento
 - d) Massagens de qualquer espécie e para qualquer finalidade;
 - e) Shiatsu;
 - f) Podologia;
 - g) Cobertura de despesas com acompanhante no caso de paciente entre 18 e 60 anos;
 - h) Casas de repouso ou geriátricas;
 - i) Cuidadores em regime hospitalar e/ou domiciliar;
 - j) Enfermagem para recém natos, crianças e adultos que não precisem de home care;
 - k) Óculos de grau ou de qualquer espécie;
 - l) Calçado ortopédico;
 - m) Cromoterapia e florais;
 - n) Transporte e remoção extra-hospitalar aéreo e/ou aquático;
 - o) Exames, tratamentos e internações realizadas fora do território nacional;
 - p) Sessão de psicanálise, exceto as realizadas por médico ou psicólogo;
 - q) Procedimentos realizados por robótica;
 - r) Cadeira de rodas, muletas, bengalas e andadores, exceto em regime de home care;
 - s) Criogenia de qualquer espécie, exceto do sangue do cordão umbilical do recém nascido;
 - t) Pagamento de mensalidade ou anualidade do armazenamento do sangue do cordão umbilical;
 - u) Exame de sangue para sexagem fetal (saber o sexo do feto);
 - v) Cintas abdominais, meias elásticas de compressão, dispositivos de correção postural;
 - w) Vacinas de qualquer natureza ;
 - x) Reembolso de exame de motorista;
 - y) Yoga;
 - z) Cosmetologia;
 - aa) Qualquer tipo de depilação, exceto epilação de cílios;
 - bb) Implante de cabelo;
 - cc) Implante de tecido humano e de material aloplásticos;
 - dd) Implantes de qualquer natureza com finalidade estética.
- XIII. Todo e qualquer procedimento que não seja reconhecido pelas autoridades competentes, e/ou que não conste no rol de procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (o rol de procedimentos encontra-se disponível na página da ANS na internet: www.ans.gov.br).

§ 1º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 2º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§ 3º. A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na internet, www.ans.gov.br.

IX. DO ATENDIMENTO PELA REDE CREDENCIADA

Art. 20

Para receber atendimento médico e hospitalar, o associado titular e dependente deverão se identificar perante o profissional ou entidade credenciada, mediante apresentação de documento de identidade e do cartão de acesso aos serviços credenciados pelo plano.

§1º. O associado deverá sempre solicitar autorização prévia para qualquer exame, procedimento, internação ou tratamento a ser realizado em serviço credenciado, que será concedida pela CAMARJ nos prazos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde.

§2º Qualquer tratamento, internação ou procedimento que possa ser confundido com estéticos ficará na dependência de prévia perícia médica a ser indicada pela CAMARJ.

§ 3º Qualquer solicitação de procedimento, exame, tratamento ou internação que esteja conflitando com os protocolos já aprovados pelo CRM - Conselho Regional de Medicina, ficará sujeito a negativa ou perícia médica.

X. DO REEMBOLSO

Art. 21.

O reembolso de despesas médicas realizadas mediante a livre escolha de prestador e aqueles decorrentes de atendimento de urgência/emergência, tomar-se-á sempre como base de cálculo e limites a relação de preços de serviços médicos e hospitalares da Tabela CBHPM 5ª edição plena, Tabela da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro, Brasíndice, ressalvados os procedimentos adicionais que serão conforme os valores estabelecidos nas Deliberações do Conselho Diretor.

§ 1º Os valores gastos pelo associado que ultrapassem os preços praticados pela CAMARJ serão de sua exclusiva responsabilidade.

§ 2º Para a correta análise e a respectiva efetivação do reembolso, o associado deverá apresentar os seguintes documentos, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a partir da realização da despesa:

- I. consulta – recibo ou nota fiscal válida como recibo, emitidos há menos de 60 dias, com o nome do paciente, o valor cobrado, assinatura e carimbo do profissional executante, especialidade, números de inscrição no Conselho de Classe, CPF/MF ou CNPJ/MF, endereço legível do local do atendimento e data de realização do evento e/ou sessões;
- II. atendimento de pronto-socorro hospitalar – nota fiscal válida como recibo, emitida há menos de 60 dias, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, o nome do paciente, o valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, número de inscrição no CNPJ/MF, endereço legível do estabelecimento e data de realização do evento;
- III. exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento – recibo ou nota fiscal válida como recibo, emitida há menos de 60 dias, com a especificação e discriminação de cada exame realizado, o nome do paciente, o valor cobrado, assinatura do responsável pelo serviço, número de inscrição no CPF/MF ou CNPJ/MF, endereço legível do estabelecimento e data de realização do procedimento ou das sessões, quando for o caso;
- IV. honorários médicos durante a internação – recibo ou nota fiscal válida como recibo, emitida há menos de 60 dias, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestados vinculados à internação, nome do paciente, o valor cobrado, assinatura (s) do (s) responsável (eis) pelo serviço, número de inscrição no CPF/MF ou CNPJ/MF, endereço legível do estabelecimento e data de realização do(s) evento(s);
- V. internação – nota fiscal válida como recibo da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames, aluguéis e taxas, emitida há menos de 60 dias, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação.

§ 4º O reembolso decorrente de atendimento de livre escolha e decorrente de atendimento de urgência/emergência será feito em até 30 (trinta) dias após a entrega pelo associado da documentação completa que comprove as despesas feitas, com crédito direto na conta corrente do associado titular.

XI. DA MANUTENÇÃO DO PLANO PARA DEFENSORES PÚBLICOS E PROCURADORES APOSENTADOS

Art. 22.

A CAMARJ assegura ao associado titular que contribuir para o PLANO no caso de aposentadoria, o direito de manter sua condição de associado e beneficiário nas mesmas condições de que gozava quando do exercício do cargo de Defensor Público e Procurador.

XII. DA SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO PLANO

Art. 23.

O associado titular e dependentes perderão o direito ao uso dos benefícios do plano:

- I. mediante a suspensão quando descumprir o dever de pagar as contribuições e coparticipações por período superior a sessenta dias consecutivos, após a notificação do associado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

- II. exclusão quando:
 - a. por requerimento do titular;
 - b. exclusão do quadro social;
 - c. em decorrência da penalidade prevista no art. 20, V ou 22, do Estatuto.

XIII. DA DISSOLUÇÃO DA CAMARJ

Art. 24. A dissolução da CAMARJ será decidida através de Assembleia Geral Extraordinária instalada com no mínimo 2/3 (dois terços) dos associados, sendo este o quorum mínimo para deliberação.

XIV. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25.

A adesão ao PLANO implica na aceitação plena do Estatuto, Regimento Interno e deste Regulamento, bem como na autorização para o desconto em folha de pagamento ou conta corrente das contribuições devidas.

Art. 26.

As situações não previstas neste Regulamento, bem como as dúvidas que surgirem em sua interpretação, serão resolvidas pelo Diretor Presidente, com recurso para o Conselho de Diretor, nos termos estabelecidos no Estatuto, observada a natureza associativa da CAMARJ, sua ausência de objetivos lucrativos e sua condição de operadora de sistema de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

Art. 27.

Fica eleito o foro da Cidade do Rio de Janeiro para dirimir qualquer dúvida que possa surgir na efetivação do presente regulamento, regendo-se a legislação civil em vigor, todos os casos não previstos no presente instrumento contratual.

Art. 28.

O prazo do presente regulamento é indeterminado, até que uma das partes o denuncie com antecedência de 30 (trinta) dias.