

**RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Nº 01, de 06 de março de 2025.**

*Regulamenta os critérios para admissão e exclusão de Associados Titulares e seus respectivos Dependentes e/ou Beneficiários e dispõe sobre carências de cobertura referentes a todos os produtos assistenciais da Saúde ABAS*

O Conselho de Administração da Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juízes do Trabalho da 15ª Região – Saúde ABAS, no uso das atribuições conferidas pelo Artigo 13 do Estatuto Social, aprovado em 25 de outubro de 2024,

CONSIDERANDO a promoção do caráter mutualista da iniciativa autogerida,

CONSIDERANDO os termos da Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil, bem como demais regulamentos correlatos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar,

CONSIDERANDO a preservação do equilíbrio atuarial e consequente sustentabilidade do plano de saúde autogerido administrado pela Associação e

CONSIDERANDO os termos dos Artigos 25, alínea “a,” 35, 36, 37, 47, 49, 50 e 51 do Estatuto em epígrafe,

**RESOLVE: aprovar e editar a presente Resolução, com as seguintes normas e disposições:**

Artigo 1º - Podem ser Associados Titulares da Saúde ABAS os integrantes do Poder Judiciário Trabalhista, ativos e inativos, efetivos e temporários, entendendo-se como integrantes dessa categoria os magistrados e servidores, inclusive os antigos classistas, que por ato de adesão solicitarem sua associação e forem devidamente aceitos.

§1º - Além das pessoas mencionadas no caput deste artigo, poderão ser Associados Titulares:

1. os empregados e ex-empregados da Saúde ABAS;

2. os pensionistas e os Beneficiários dos Associados Titulares desde que façam opção expressa pelo ingresso em até 60 (sessenta) dias corridos da data de falecimento do Associado Titular.

§2º - Os ex-empregados e aposentados da própria Saúde ABAS e seus respectivos grupos familiares terão direito a permanecer usufruindo do plano de saúde da entidade, nas condições previstas na Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa - ANS nº 488, de 29 de março de 2022, ou outra que vier a substituí-la, desde que arcando diretamente com os custos da contribuição mensal.

§3º - Os integrantes do Poder Judiciário Trabalhista inativos que não eram inscritos na entidade quando de sua jubilação, não poderão ser admitidos.

§4º - Os integrantes do Poder Judiciário Trabalhista que em alguma ocasião anterior à jubilação estiveram vinculados à entidade, poderão pleitear o reingresso no plano desde que o façam em até 60 (sessenta) dias corridos da data de publicação de aposentadoria, observado o previsto no Artigo 3º desta Resolução.

§5º - Ao ex-Associado que retornar será aplicada a regra de portabilidade quanto às condições e prazos estabelecidos na norma regulatória.

§6º - Dependentes e/ou Beneficiários do Associado Titular que vier a falecer poderão manter o vínculo com a entidade como novos Associados Titulares, podendo ser criados 02 (dois) ou mais grupos familiares, desde que:

1. estejam no pleno gozo e exercício da capacidade civil;
2. optem expressamente pela continuidade em até 60 (sessenta) dias corridos da data de falecimento, e
3. assumam os pagamentos das respectivas obrigações financeiras.

Artigo 2º - Podem ser indicados como Dependentes ou Beneficiários do Associado Titular, com os mesmos direitos e deveres em relação à assistência médico-hospitalar prevista no plano de saúde da entidade, as seguintes pessoas com vinculação de parentesco:

I – Dependentes:

- a) Cônjuge, na constância do casamento

b) Companheiro (a) com a devida escritura de união estável registrada em cartório; ou declaração de próprio punho firmado pelas partes, sob as penas da lei;

c) Filho, Enteado, Criança ou Adolescente sob a guarda, tutela ou curatela, desde que solteiros.

II – Beneficiários:

a) Pais e Sogros;

b) Filhos ou Enteados;

c) Genros e Noras;

d) Irmãos e Cunhado

e) Netos;

f) Sobrinhos, e

g) Bisnetos.

§1º - A adesão do grupo familiar a que se refere este artigo pressupõe a participação do Associado Titular previsto no Artigo 1º encabeçando o Termo de Adesão ou Contrato de associação à entidade.

§2º - Beneficiários poderão ser indicados para inscrição na Saúde ABAS a qualquer tempo, respeitando os períodos de carência, ressalvada a hipótese prevista no Parágrafo Único do Art. 5º.

§3º - Ex-cônjuges e ex-companheiros poderão permanecer no plano desde que atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

1. a condição esteja estipulada na escritura pública de divórcio ou de dissolução da união estável ou decisão judicial e
2. o Associado Titular permaneça como responsável financeiro.

§4 - Incluem-se na previsão de ingresso do inciso I, alíneas “a” e “b”, do presente artigo, as relações homoafetivas devidamente formalizadas com registro oficial ou assim declaradas mediante termo firmado de próprio punho pelas partes, sob as penas da lei.

§5º - Para realização de inscrições na Saúde ABAS será exigida a comprovação documental dos parentescos, relações de matrimônio ou de união estável.

Artigo 3º - O processo de adesão de um “Usuário” - termo que abrange tanto Associados Titulares quanto Dependentes e Beneficiários - será realizado, preferencialmente, de forma eletrônica, ou presencialmente, com a entrega da documentação na sede da instituição.

I - A adesão eletrônica se dá com o preenchimento dos formulários constantes no endereço [www.saudeabas.org.br/cadastro-de-adesão](http://www.saudeabas.org.br/cadastro-de-adesão), seguindo-se os protocolos previstos, assegurando-se sempre informações claras e precisas;

II - A adesão presencial se dá com a entrega de todos os formulários preenchidos e assinados de:

1. Pedido de Adesão,
2. Declaração de Dependentes e Beneficiários,
3. Declarações de Saúde,
4. Cópias dos seguintes documentos: Carteira Funcional; Registro Geral, CPF, comprovante de endereço, certidão de casamento, certidão de nascimento, sentença judicial concedendo a guarda judicial de criança e adolescente e carteira nacional de saúde;

III - Realização da avaliação prévia de saúde pelo Departamento Médico, cujo resultado poderá implicar no cumprimento de cobertura parcial temporário ou aplicação de agravo, nos termos da legislação setorial;

IV - Eventual perícia a ser realizada para fins de avaliação prévia de saúde pelo Departamento Médico observará as regras previstas no Art. 4º da presente norma;

V - A análise do pedido de adesão presencial se dá com a entrega de todos os formulários preenchidos e assinados. A análise do pedido de adesão e habilitação pela equipe operacional, após concluída a Avaliação Prévia de Saúde pelo Departamento Médico se o caso, deverá ser concluída em até 10 (dez) dias corridos, contados do protocolo ou recebimento da documentação completa;

VI – Após verificação pela área técnica da conformidade do pedido de adesão, e desde que o processo esteja totalmente finalizado sem pendências de qualquer

natureza até o dia 20 (vinte) do mês em curso, o associado será incluído no quadro associativo a partir do dia 1º do mês subsequente.

VII – Pedidos de adesão apresentados ou finalizados após o dia 20 (vinte) do mês, serão incluídos a partir do dia 1º do segundo mês subsequente.

VIII - Na hipótese de o pedido de adesão não estar em conformidade segundo a área técnica e houver discordância do Proponente, poderá solicitar Revisão do Pedido de Adesão ao Conselho de Administração o qual será submetido à deliberação final na reunião mensal ordinária.

1. Na hipótese de o Pedido de Adesão ser apresentado após a reunião ordinária mensal do Conselho de Administração, caberá ao seu Presidente a deliberação ad referendum do Conselho;

2. A deliberação da análise final do pedido de adesão pelo Conselho de Administração ocorrerá em até 25(vinte e cinco) dias corridos contados da data de apresentação do pedido de adesão, nos termos da RN-ANS 413/2016, ou outra que vier substituí-la.

IX - Finalizado o procedimento administrativo do Pedido de Adesão, serão emitidas as credenciais virtuais, liberação do aplicativo Saúde ABAS e envio do Manual do Usuário, bem como a apresentação do Consultor de Relacionamento vinculado ao Associado para fins das primeiras orientações;

X - O gozo e a fruição do plano de saúde, com observância dos prazos de carência nos termos do Art. 5º da presente Resolução, dar-se-ão a partir do primeiro dia do mês subsequente ao envio da documentação.

Artigo 4º - Para realização da avaliação prévia de saúde, além do preenchimento e entrega do formulário “Declaração de Saúde”, o Departamento Médico da entidade poderá realizar entrevistas e solicitar a apresentação de resultados de exames diagnósticos ou laudos médicos adicionais.

§1º - Os custos relacionados ao atendimento das solicitações do Departamento Médico – perícia prévia – serão suportados exclusivamente pela Saúde Abas e os exames complementares serão realizados em rede credenciada previamente indicada. Em hipótese alguma, a perícia prévia será fonte de constrangimento ao processo de ingresso no plano de saúde.

§2º - O prazo máximo para a apresentação de requisições do Departamento Médico sobre possíveis doenças e lesões prévias, por parte do proponente e/ou de algum elemento do seu grupo familiar, incluindo-se a apresentação de

resultados de exames e outros documentos pleiteados durante a avaliação prévia de saúde, será de até 30 (trinta) dias corridos contados da solicitação. A não apresentação dos documentos acarretará o reconhecimento da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) indicada pelo Departamento Médico da entidade.

Artigo 5º - Após o efetivo ingresso no plano, o Usuário estará sujeito às seguintes carências para usufruir das coberturas assistenciais, conforme determinações da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- b) 180 (cento e oitenta) dias para todas as demais coberturas;
- c) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência, limitada às primeiras 12 (doze) horas do atendimento e observado o previsto na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU Nº 13, de 03 de novembro de 1998, que regula o conceito de atendimento de urgência e emergência.

Parágrafo Único: Estarão isentos do cumprimento de carências e avaliação prévia de saúde os candidatos a Associados Titulares e seus respectivos Dependentes e Beneficiários que tiverem a sua solicitação de adesão ao sistema autogerido registrada em até 30 (trinta) dias corridos da data de seu ingresso como integrante do Poder Judiciário Trabalhista. Também está assegurada a adesão sem carência de recém-nascidos e dependentes decorrentes de casamento ou união estável desde que apresentada documentação comprobatória em até 30 (trinta) dias do nascimento ou casamento, após esse período as regras de carências serão aplicadas normalmente.

Artigo 6º - A cobertura parcial temporária será aplicada na forma da legislação setorial.

Artigo 7º - O aproveitamento de carência cumprida em planos e seguros de saúde privados congêneres poderá ser pleiteado por meio da portabilidade, prevista na legislação setorial, ou por processo administrativo encaminhado para análise e aprovação do Conselho de Administração da entidade.

§1º - Os requisitos mínimos para portabilidade são os disciplinados pela agência reguladora.

§2º - O aproveitamento de carência aprovado pelo Conselho de Administração não isentará o Usuário do cumprimento das carências especiais relacionadas às Doença ou Lesão Preexistentes (DLP).

Artigo 8º - O Conselho de Administração poderá, respeitados critérios que assegurem o equilíbrio atuarial da entidade, aceitar grupos de no mínimo 50 (cinquenta) novos candidatos ao ingresso como Associados Titulares oriundos de outras Regiões do Poder Judiciário Trabalhista, isentando-os das exigências dos Artigos 3º, inciso III e Artigo 5º desta Resolução.

Parágrafo Único - O Conselho de Administração poderá deliberar, por períodos específicos e excepcionais, as isenções das exigências dos Artigos 3º, III e 5º desta Resolução, com objetivo de desencadear campanha de adesão de novos Usuários oriundos de convênios firmados com as associações de classe regionais.

Artigo 9º - Visando o equilíbrio atuarial do sistema e caráter mutualista da entidade, fica estabelecido o prazo mínimo de permanência de 12 (doze) meses no plano de assistência à saúde da entidade.

§1º - A qualquer tempo o Associado Titular poderá se desligar da Saúde ABAS, ou pleitear a exclusão de Dependentes ou Beneficiários, mediante solicitação escrita e observados os respectivos procedimentos e prazos administrativos.

§2º - Na hipótese da rescisão ou exclusão ocorrer antes do período de 12 (doze) meses mencionado no caput deste artigo, fica facultada à Saúde ABAS a cobrança de multa de 50% (cinquenta por cento) das contribuições remanescentes.

Artigo 10 – O não pagamento das contribuições mensais nas datas dos vencimentos, caracterizará o atraso da obrigação.

§1º - A partir do quinto dia útil do atraso no pagamento da mensalidade, deverá ser enviada Notificação ao Associado titular, concedendo-lhe 10 (dez) dias corridos para o pagamento, acrescido de juros e multas, sob pena de suspensão da cobertura assistencial de todo o grupo familiar, por meio da rede direta e indireta, bem como, pelo sistema de reembolso para os Planos de Saúde ABAS, ABAS Prata e ABAS Paraná.

§2º - A suspensão da cobertura assistencial persistirá até a efetiva quitação da contribuição em atraso.

§3º - A suspensão da cobertura assistencial decorrente do atraso do pagamento da mensalidade não impede a cobrança das mensalidades dos meses subsequentes.

§4º - Na hipótese de utilização irregular do plano de saúde nos períodos de suspensão, carência ou CPT, independentemente do uso da rede direta ou indireta, caberá ao Associado Titular efetuar o ressarcimento dos valores cobrado à Saúde ABAS, no prazo de 10 (dez) dias corridos contados do aviso de cobrança, sob pena de adoção de medidas judiciais para recomposição do fundo mutual.

Artigo 11- Será considerada justa causa para a exclusão do Associado Titular, seus Dependentes e/ou Beneficiários, as seguintes situações:

- a) A inadimplência, nos termos disciplinados pela ANS por meio de Resoluções Normativas;
- b) Em caso de fraude em processos de reembolso ou utilização de rede credenciada, devidamente comprovada e objeto de decisão judicial;
- c) Fraude por omissão de doença ou lesão preexistente.

Art. 12 - Na hipótese de exclusão do plano de saúde por justa causa, é facultado ao Associado interpor recurso ao Conselho de Administração no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data do recebimento da Notificação de Aviso de Inadimplência - Exclusão.

Artigo 13 - Casos de suspeitas de fraude, praticados com a participação direta ou indireta de Usuários do plano, quando identificados pela equipe Técnica e Operacional, serão notificados ao Conselho Fiscal, que irá apurar os fatos e encaminhar parecer ao Conselho de Administração, que será responsável pela abertura do processo de exclusão por justa causa.

Artigo 14 - Revogam-se as disposições em contrário.

Artigo 15 - A presente Resolução entrará em vigor partir da data de publicação no site da entidade.

Campinas, 06 de março de 2025.

Dr. Gerson Lacerda Pistori – Presidente do Conselho de Administração

Dra. Rosemeire Uehara Tanaka - Primeira Conselheira de Administração

Dr. Samuel Hugo Lima - Conselheiro de Administração

Rua Barão de Jaguará, 707, Salas 101 a 104, Centro - Campinas, SP - 13015-926



Dra. Marilda Izique Chebabi – Conselheira de Administração

Dr. Hamilton Scarabelim – Conselheiro de Administração

Dra. Antonia Santana – Conselheira de Administração Suplente

Dr. Fernando da Silva Borges - Conselheiro de Administração Suplente

**Rua Barão de Jaguara, 707, Salas 101 a 104, Centro - Campinas, SP - 13015-926**

Este documento foi assinado digitalmente por Marilda Izique Chebabi, Fernando Da Silva Borges, Antonia Sant Ana, Gerson Lacerda Pistori, Rosemeire Uehara Tanaka, Samuel Hugo Lima e Hamilton Luiz Scarabelim.  
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://assinaturas.certisign.com.br> e utilize o código 0EDC-07ED-65D6-32CB.

Este documento foi assinado digitalmente por Marilda Izique Chebabi, Fernando Da Silva Borges, Antonia Sant Ana, Gerson Lacerda Pistori, Rosemeire Uehara Tanaka, Samuel Hugo Lima e Hamilton Luiz Scarabelim.  
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://assinaturas.certisign.com.br> e utilize o código 0EDC-07ED-65D6-32CB.

## PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/0EDC-07ED-65D6-32CB> ou vá até o site <https://assinaturas.certisign.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 0EDC-07ED-65D6-32CB



### Hash do Documento

344396CCF44959E3CA717EC260A83D82BBB7C922C77ED2E46359FE22ECFB3A1C

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 13/03/2025 é(são) :

- Marilda Izique Chebabi - 305.975.018-15 em 13/03/2025 16:04  
UTC-03:00  
**Tipo:** Certificado Digital
- Nome no certificado:** Fernando Da Silva Borges em 12/03/2025  
14:50 UTC-03:00  
**Tipo:** Certificado Digital
- Nome no certificado:** Antonia Santana em 10/03/2025 15:46  
UTC-03:00  
**Nome no certificado:** Antonia Sant Ana  
**Tipo:** Certificado Digital
- Nome no certificado:** Gerson Lacerda Pistori em 10/03/2025  
14:50 UTC-03:00  
**Tipo:** Certificado Digital
- Nome no certificado:** Rosimeire Uehara Tanaka em 10/03/2025  
11:42 UTC-03:00  
**Nome no certificado:** Rosemeire Uehara Tanaka  
**Tipo:** Certificado Digital
- Nome no certificado:** Samuel Hugo Lima em 10/03/2025 11:13  
UTC-03:00  
**Tipo:** Certificado Digital
- Hamilton Luiz Scarabelim - 776.751.858-20 em 08/03/2025 13:14  
UTC-03:00  
**Tipo:** Certificado Digital

