



Manual de Utilização do Plano e Orientação ao Associado

Dexembro de 2023

Revisão 02

SUMÁRIO

1. A SAÚDE ABAS	5
1.1. Conheça um pouco da História da Associação	5
1.2. Quais regras regem a sua relação com a associação?	5
1.3. Quais as particularidades de ser um associado?	6
2. REGULAÇÃO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS	7
3. QUEM PODE FAZER PARTE	8
3.1. Categoria Profissional	8
3.2. Titulares, Dependentes e Beneficiários	8
4. CANAIS DE ATENDIMENTO	10
4.1. Atendimento geral	10
4.2. Canais eletrônicos	11
4.2.1. Portal do Usuário	11
4.2.2. Website	13
4.2.3. APP Saúde ABAS	13
4.2.4. E-mail	14
4.3. Ouvidoria	14
4.4. Privacidade de Dados Pessoais	14
5. PROCESSO DE ADESÃO	14
5.1. Etapas	14
5.1.1. Apresentação do plano ao interessado	15
5.1.2. Leitura dos termos da pré-contratação	15
5.1.3. Solicitação de Ingresso	15
5.1.4. Avaliação médica	17
5.1.5. Cadastro do Grupo	17
5.1.6. Carências	17
5.2. Aproveitamento de Carências	18

5.3.	Cobertura parcial temporária	18
5.4.	Isenção de Carências e CPT	18
5.4.1.	Até 30 dias da posse	18
5.4.2.	Grupo de mais de 50 pessoas	18
5.4.3.	Portabilidade Especial	18
6.	EXCLUSÃO DE DEPENDENTES E BENEFICIÁRIOS OU CANCELAMENTO DO PLANO	19
7.	ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS	19
8.	CARACTERÍSTICAS DOS PRODUTOS	20
8.1.	Registro ANS	20
8.2.	Abrangência Geográfica	20
8.3.	Segmentação Assistencial e Acomodação	20
8.4.	Coberturas	20
8.4.1.	Ordinárias	20
8.4.2.	Extraordinárias	20
8.4.3.	Exclusões de Coberturas	22
9.	SERVIÇOS OFERECIDOS	23
9.1.	Coberturas Assistenciais	23
9.1.1.	Assistência Eletiva	23
9.1.2.	Urgência ou Emergência	23
9.1.3.	Remoção por Transferências Inter-hospitalares	24
9.1.4.	Telemedicina Einstein Conecta	25
9.1.5.	Psicologia Viva	25
9.1.6.	Medicações Cobertas	26
9.1.7.	Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME	26
9.2.	Coberturas Adicionais	27
9.2.1.	Home Care	27
9.2.2.	Atendimento Pré Hospitalar – APH - Remoção	28
9.2.3.	Inseminação Artificial e Fertilização “in vitro”	29
9.3.	Seguro Viagem	29
9.4.	Serviços de Conveniência	30
9.4.1.	Coleta de Exames em Domicílio	30

9.4.2.	Aplicação de Vacinas e Medicamentos	30
9.5.	Convênios com Farmácias e Drogarias	30
9.6.	Autorizações para Utilização	31
9.6.1.	Consultas Médicas	31
9.6.2.	Pequenos procedimentos, tratamentos seriados e cirurgias em caráter eletivo	31
9.6.3.	Emergências	32
10.	IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS NA REDE CREDENCIADA	32
11.	PESQUISA DE REDE CREDENCIADA	32
11.1.	Rede Credenciada própria	32
11.1.1.	Portal do Usuário	32
11.1.2.	Consulta pelo APP Saúde ABAS	34
11.2.	Rede Credenciada Parceira Unimed	35
12.	PROCESSO DE REEMBOLSO	35
12.1.	Solicitação	36
12.2.	Cálculo de reembolsos	36
12.2.1.	Reembolso de honorários médicos, exames e procedimentos	36
12.2.2.	Reembolso de Medicamentos	37
12.2.3.	Reembolso de materiais especiais ou de uso comum, órteses e próteses	37
12.2.4.	Reembolso de diárias e taxas hospitalares	37
12.2.5.	Reembolso para internações psiquiátricas	37
12.2.6.	Reembolso de honorários não médicos da área da saúde	38
12.3.	Pagamento	38
13.	CONTRIBUIÇÕES	38
13.1.	Composição	38
13.1.1.	Contribuição Associativa	39
13.1.2.	Coparticipações	40
13.1.3.	Taxas de serviços	40
13.2.	Auxílio Saúde TRT	40
13.3.	Reajuste	41
13.4.	Forma de Cobrança	41

13.5. Multa e Juros sobre Atraso de Pagamento	41
14. ELABORAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA	41
15. GESTÃO DA ASSOCIAÇÃO	44
15.1. Estrutura e Responsabilidades	44
15.1.1. Assembleia de Associados	44
15.1.2. Conselho de Administração	44
15.1.3. Presidente do Conselho de Administração	45
15.1.4. Conselho Fiscal	46
15.1.5. Ouvidoria	46
15.1.6. Executivo principal	47
15.2. Eleições	47
15.3. Prestação de Contas	47
15.3.1. Relatórios de Prestação de Contas	47
15.3.2. Auditorias Independentes	48
15.3.3. Acompanhamento pelo Conselho Fiscal	48
15.3.4. Aprovação de contas	48
15.4. Responsabilidades pela Gestão da Saúde ABAS	49
15.4.1. Responsável Legal	49
15.4.2. Responsável Técnica Médica	49
15.4.3. Responsável Atuarial	49
15.4.4. Responsável Contábil	49
15.4.5. Responsável pela Auditoria Contábil Independente	49
15.4.6. Responsável junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar	50
15.4.7. Responsável Junto à ANPD – Autoridade Nacional de Proteção de Dados	50
16. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS	50
17. FALECIMENTO DO ASSOCIADO TITULAR	52
18. HISTÓRICO DE REVISÕES	53

1. A Saúde ABAS

1.1. Conheça um pouco da História da Associação

A Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juizes do Trabalho da 15ª Região – Saúde ABAS é uma entidade associativa, sem fins econômicos, gerida por Juizes do Trabalho da 15ª Região, que tem por objetivo congregar colegas e, entre eles, angariar recursos para a formação de um fundo coletivo de ressarcimento de despesas médicas, de maneira que, conforme as regras acordadas em seu estatuto, este possa usufruir de assistência em saúde. É financiada e administrada pelos próprios participantes do sistema.

As atividades tiveram início em 1º de setembro de 1994, como um departamento da Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho da 15ª Região – AMATRA XV, à época denominado “Superintendência de Assistência à Saúde – SAS XV”.

Posteriormente, optou-se pela criação da associação autônoma, com personalidade jurídica própria, sucessora universal da SAS. Nascia, então, a ABAS 15, que inaugurou suas atividades em 1º de setembro de 1997.

Desde a sua fundação, foi regida pelo propósito maior de oferecer aos Usuários ampla assistência na área da saúde, aliada a procedimentos administrativos claros, atendimento personalizado e o melhor custo/benefício possível, dentro de uma estrutura regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



Compreenda o embasamento legal

Resolução Normativa ANS Nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

Art. 2º Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:

I – (...)

III - pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários:

1.2. Quais regras regem a sua relação com a associação?

A Saúde ABAS é uma entidade civil associativa sem fins econômicos, que opera planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Por tratar-se de uma associação mutualista e de autogestão, o relacionamento entre a instituição e seus associados não possui caráter de consumo, não se aplicando o Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça.

A Assembleia de Associados - órgão máximo da entidade – detém competência exclusiva para aprovação de qualquer alteração do Estatuto Social, bem como para eleição dos membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Ouvidoria

O Estatuto impõe responsabilidades e concede o poder-dever ao Conselho de Administração de regulamentar questões tratadas neste documento, que se materializam por meio de Resoluções do Conselho de Administração, fato que dá a plasticidade necessária para uma gestão responsável, atual e ágil.

O Regulamento Geral - conjunto do Estatuto Social e das Resoluções do Conselho de Administração - é o instrumento de regência das relações entre a associação e o beneficiário, contrapondo-se aos tradicionais contratos que disciplinam as relações de consumo dos planos comerciais.

O Regulamento Geral é de observância obrigatória uma vez que decorre da vontade da Assembleia dos Associados e observa os limites da lei e da regulação exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



Compreenda o embasamento legal

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. (SÚMULA 608, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018)

1.3. Quais as particularidades de ser um associado?

Ao aderir à Saúde ABAS você deve compreender com clareza os princípios que concedem sustentabilidade ao plano: equilíbrio atuarial, adaptabilidade, legalidade, equidade e transparência.

Gastos imprevisíveis para uma pessoa podem ser estatisticamente previstos para um grande grupo de pessoas pela ciência atuarial, que estuda técnicas específicas de análise de riscos e expectativas, principalmente na administração de seguros, planos de saúde, fundos de pensão e aplica conhecimentos específicos das matemáticas estatística e financeira.

Ao unir-se com outras pessoas você reduz os riscos financeiros relacionados aos cuidados da sua saúde

A força da relação mutualista é possibilitar a manutenção da estabilidade financeira para um plano de saúde que depende de diversos fatores, como o valor das contribuições e coparticipações, coberturas oferecidas, faixa etária dos Usuários e forma de acesso aos serviços, auditoria de contas, despesas administrativas, novas tecnologias e outros. Enquanto num plano de mercado tais condições são, a princípio, estáticas, numa autogestão estes parâmetros podem ser ajustados pelo grupo, de forma a oferecer o melhor custo/benefício no entendimento da maioria dos associados.

Respeitados os limites legais de um setor altamente regulado, a vontade dos associados é representada pela Assembleia Geral e se materializa pelas ações do Conselho de Administração, democraticamente eleito para esse fim. Um associado Saúde ABAS, ao mesmo tempo que utiliza os serviços do plano, também é parte de sua gestão, portanto, espera-se um comportamento consciente no uso dos recursos oferecidos e proatividade na gestão da associação.

Outros pilares fundamentais para a continuidade de um plano de saúde na modalidade de autogestão autopatrocinada são o compromisso com a transparência, equidade e regulamentação setorial; assim, as decisões dos Conselhos de Administração e Fiscal são documentadas e estão disponíveis a qualquer associado. O Conselho Fiscal é o órgão responsável pela supervisão dos atos da administração à luz do Estatuto e das normas legais.

É este conjunto robusto de práticas que constrói um plano cada vez melhor à realidade do grupo.



Compreenda o embasamento legal

A Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que instituiu o Código Civil, em seu Art. 44, estabelece que as associações são pessoas jurídicas de direito privado, e em seu Capítulo II, Das Associações (Art. 53 a 61), define as diretrizes gerais para a sua constituição e atuação.

2. Regulação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

A Saúde ABAS, associação sem fins econômicos, é uma operadora de plano de saúde devidamente registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob Nº 304131, na modalidade de autogestão sem mantenedor e possui os seguintes produtos assistenciais:

- a) SAÚDE ABAS 15, registro ANS nº 480.712/18-0;
- b) SAÚDE ABAS PRATA, registro ANS nº 485.273/2-7.

Sua operação é amparada pela Lei dos Planos de Saúde Resolução e regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e seus atos legais.



Compreenda o embasamento legal

A Lei Federal Nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados, também conhecida como "Lei dos Planos de Saúde" em conjunto com a regulamentação específica do setor, em especial as Resoluções Normativas da ANS, disciplinam a operação da Saúde ABAS e sua relação com os associados.

As entidades de autogestão, no âmbito do sistema de saúde suplementar, foram reconhecidas pela Resolução Normativa ANS Nº 137, de 14 de novembro de 2006.

3. Quem pode fazer parte

Um plano de saúde na modalidade de autogestão autopatrocinada, necessariamente, deve ter seus titulares e grupo de beneficiários vinculados aos integrantes de uma categoria profissional.

O Estatuto Social traz a definição deste grupo.

3.1. Categoria Profissional

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.

3.2. Titulares, Dependentes e Beneficiários

- Empregados, ex-empregados;
- Aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão;
- Pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e
- Integrantes do grupo familiar, na qualidade de dependentes ou beneficiários, conforme indicado a seguir:

I – Dependentes:

- a) Cônjuge, na constância do casamento;
- b) Companheiro (a) com a devida escritura de união estável registrada em cartório;
- 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 Cunhados;
- e) Netos;
- f) Sobrinhos, e
- g) Bisnetos.



O que a Saúde ABAS definiu sobre quem pode fazer parte?

O Estatuto Social da Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juizes do Trabalho da 15ª Região, de 30 de outubro de 2020, em seu Art. 35, define quem pode fazer parte do plano e que o tema será regulado por meio de Resolução do Conselho de Administração.

A Resolução do Conselho de Administração Nº 01, de 24 de março de 2022, a qual regulamenta os critérios para admissão e exclusão de Associados Titulares e seus respectivos Dependentes e/ou Beneficiários e dispõe sobre carências de cobertura referentes aos produtos assistenciais Saúde ABAS 15 e Saúde ABAS Prata, em seu Art. 2º, inciso II, especifica os membros do grupo familiar que podem ser incluídos no grupo.



Compreenda o embasamento legal

A Resolução Normativa ANS N° 137, de 14 de novembro de 2006, e suas alterações, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, estabelece em seu Art. 2º, inciso III: define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde **aos integrantes de determinada categoria profissional** que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários:

- a) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;
- b) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão;
- c) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores; e
- d) grupo familiar **até** o quarto grau de parentesco consanguíneo, **até** o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores.

Nota1: é prerrogativa da operadora definir a composição do grupo familiar dentro dos limites estabelecidos pela ANS;

Nota2: A definição de grau de parentesco tem por base a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que instituiu o Código Civil, em seus artigos 1.591 ao 1.596, os quais tratam das relações de parentesco (parentes consanguíneos e por afinidade) e filiação.

4. Canais de atendimento

4.1. Atendimento geral

O telefone 0800 591 5268 é o principal canal de comunicação:

- Segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 7 às 19 horas (horário administrativo): para atendimentos de qualquer natureza, incluindo questões administrativas e autorizações de exames e procedimentos - preferencialmente com o seu Consultor de Relacionamento;
- 24h, 7 dias por semana, inclusive feriados, para situações de urgência e emergência, orientação de rede credenciada, informações sobre cobertura e carteirinha.

O Usuário também pode entrar em contato com a operadora via formulário de contato pelo website, menu “contato”, em <https://www.saudeabas.org.br/contato> ou diretamente pelo e-mail falecom@saudeabas.org.br.

Na hipótese de escolha desses canais fora do horário administrativo, as solicitações serão processadas no primeiro dia útil.

Consultor de Relacionamento

Todo Usuário dos planos Saúde ABAS tem à sua disposição um Consultor de Relacionamento no período compreendido de segunda à sexta-feira, das 8h às 18hs, exceto feriados.

O Consultor de Relacionamento está disponível pelo telefone central, telefone direto, e-mail e WhatsApp.

Caso o Usuário ainda não conheça seu Consultor(a) de Relacionamento, contate-nos e será direcionado a ele(a), ou consulte diretamente o APP Saúde ABAS instalado no celular, na opção **Atendimento**, onde estão disponíveis o nome e todas as formas de contato.



Por que disponibilizar um Consultor de Relacionamento?

Um dos princípios da Saúde ABAS é estabelecer um elo humano e de fácil acesso para que o Usuário possa se relacionar com o plano, tendo suas solicitações e dúvidas resolvidas por uma pessoa que o conheça e o compreenda.

4.2. Canais eletrônicos

4.2.1. Portal do Usuário

O Portal do Usuário possibilita ao Associado Titular a consulta, a qualquer tempo, de informações de interesse geral dos associados e questões específicas relacionadas ao seu grupo familiar.



Como acessar o Portal do Usuário?

O Portal do Usuário pode ser acessado por um botão disponível no topo (cabeçalho) de todas as páginas do website da Saúde ABAS, em <https://www.saudeabas.org.br>.

Um Usuário e senha provisória são fornecidos ao Associado Titular pelo seu Consultor de Relacionamento após a efetivação da adesão. Recomenda-se que a senha provisória seja substituída assim que possível.

Informações de Interesse Geral dos Associados

- Histórico dos Circulares Informativos;
- Relatórios Gerenciais Financeiros;
- Relatórios Atuariais;
- Pareceres de Auditores Contábeis;
- Atas do Conselho Fiscal;
- Histórico de Reajustes Anuais.



Saiba mais sobre a importância das Informações de Interesse Geral

Circulares Informativos: regularmente enviadas por e-mail, contêm informações de interesse dos Usuários relacionadas a saúde, atendimento, gestão da associação e outros.

O canal oficial de comunicação do plano com o Usuário é o e-mail.

Informativos de Imposto de Renda: todo plano de Saúde tem por obrigação de enviar informações relacionadas aos gastos de saúde do grupo familiar, sejam contribuições ou reembolsos, à Receita Federal, por meio da DMED - Declaração de Serviços Médicos e de Saúde. Assim, antes de fazer sua declaração, é só baixar os informativos diretamente do portal, a partir de 28 de fevereiro de cada ano;

Relatórios Gerenciais Financeiros: como associação autogerida, a Saúde ABAS se obriga a prestar contas a seus associados sobre a saúde financeira do plano, respeitados o sigilo médico e proteção de dados pessoais;

Relatórios Atuariais: as Ciências Atuariais são uma aplicação das ciências exatas no estudo de probabilidades, incertezas e acontecimentos futuros, envolvendo a vida das pessoas, bens ou atividades econômicas que, por meio de conhecimentos da Matemática e da Estatística, buscam prever, identificar e gerenciar riscos financeiros. A essência de um plano associativo é procurar estimar, da forma mais racional possível, quais serão os recursos futuros necessários para a sustentabilidade do plano. Para isso, os planos de saúde possuem um profissional Atuário que elabora relatórios que balizam as decisões relacionadas a reajustes anuais e a concessão de benefícios inicialmente não previstos. Esses relatórios estão disponíveis para consulta de qualquer associado;

Pareceres de Auditores Contábeis: por questões de regulação e transparência, a Saúde ABAS recebe, periodicamente, auditorias contábeis executadas por profissionais independentes;

Atas do Conselho Fiscal: cabe ao Conselho Fiscal acompanhar os atos dos administradores e verificar o cumprimento dos deveres legais e estatutários; analisando demonstrações financeiras, pareceres das auditorias contábeis independentes e fazendo constar em atas seu parecer, em especial as informações complementares que julgar necessárias ou úteis à deliberação da Assembleia de Associados.

Questões Específicas Relacionadas ao seu Grupo Familiar

- Visualização de **informações cadastrais** do grupo familiar;
- Impressão de **carteirinhas** para cada Usuário;
- Consulta de **rede credenciada de atendimento**, incluindo os credenciados diretamente pela Saúde ABAS e os disponibilizados pela parceria com a Unimed;
- **Demonstrativos de utilização** de serviços assistenciais;
- Situação das **cobranças e o detalhamento analítico de valores pagos e devidos**, tais como: contribuições mensais, coparticipações, reembolsos e taxas que compõem as cobranças do plano;
- Obtenção de **Segunda Via de boleto** bancário;
- Informativos de **Imposto de Renda**

- **Simulação de Reembolsos** de exames e procedimentos médicos, os quais, em função da complexa natureza de cálculo das tabelas médicas, deve ser sempre realizado sob a assistência do Consultor de Relacionamento;
- Alteração da **senha de acesso**, na opção Minha Conta.

4.2.2. Website

No website da Saúde ABAS <www.saudeabas.org.br> o Usuário pode encontrar informações:

- Institucionais;
- Planos disponíveis;
- Estatutárias e regulamentares;
- Políticas;
- Notícias;
- Serviços;
- Cuidados com a saúde.

Estão disponíveis no website formulários para adesão, contato com o plano, ouvidoria e solicitação de cancelamento do plano.

4.2.3. APP Saúde ABAS

O APP Saúde ABAS está disponível para todos os Usuários e a instalação pode ser feita em Smartphones Android ou Apple pela Play Store ou App Store.

Pelo APP Saúde ABAS o Usuário tem acesso a:

- Rede Credenciada;
- Carteirinha digital Saúde ABAS;
- Informações sobre carências;
- Segunda Via de Boleto;
- Utilização;
- Coparticipação;
- Informe de Pagamentos;
- SOS;
- Status de Autorizações;
- Telepsicologia;
- Dados cadastrais – em [Meus Dados](#);
- Informações para o atendimento, incluindo as informações para contato com o consultor de relacionamento do grupo familiar;

- Telemedicina – Einstein Conecta;
- APP Unimed;
- Comunicados.

4.2.4. E-mail

O e-mail falecom@saudeabas.org.br pode ser utilizado para o esclarecimento de dúvidas e solicitações junto à equipe de relacionamento.

4.3. Ouvidoria

O e-mail ouvidoria@saudeabas.org.br, ou o próprio formulário disponível no website, é o canal dedicado para a comunicação com a ouvidoria, que tem por objetivo acolher manifestações de Associados Titulares e seus Dependentes e/ou Beneficiários, empregados e prestadores de serviços em geral, tais como elogios, sugestões, consultas, críticas, opiniões, denúncias ou reclamações, de forma a oferecer-lhes tratamento pertinente e adequado, encaminhar eventuais conflitos para deliberação do Conselho de Administração e subsidiar o aperfeiçoamento dos processos internos da Saúde ABAS.

Antes de optar pela utilização deste canal, cabe ao Usuário solicitar ao seu Consultor de Relacionamento os dados do protocolo do caso, a fim de facilitar a rastreabilidade interna do caso.

4.4. Privacidade de Dados Pessoais

O e-mail privacidade@saudeabas.org.br, conforme explicitamente declarado na Política de Proteção de Dados Pessoais, é o canal a ser utilizado pelo Usuário no esclarecimento de questões relacionadas a proteção de dados pessoais, cujas manifestações serão acolhidas pelo Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais.

5. Processo de adesão

5.1. Etapas

O processo de adesão aos planos da Saúde ABAS incluem as seguintes etapas:

- Apresentação do plano ao interessado;
- Leitura e entendimento dos termos pré-contratuais;
- Solicitação de ingresso;
- Avaliação médica;
- Cadastro do grupo familiar.

5.1.1. Apresentação do plano ao interessado

O interessado em aderir ao plano tem acesso às informações e deve sanar todas as suas dúvidas antes de associar-se à Saúde ABAS por meio de:

- Informações disponíveis no site www.saudeabas.org.br;
- Preenchimento do formulário de interesse em ASSOCIE-SE, no site, para receber um contato por um membro de nossa equipe;
- Ligação para o telefone 0800 591 5268;
- Envio de um e-mail para falecom@saudeabas.org.br.

5.1.2. Leitura dos termos da pré-contratação

A Saúde ABAS disponibiliza em seu website, no link <https://www.saudeabas.org.br/associe-se>, o **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS**, bem como os **Guias de Leitura Contratuais – GLC** específicos para cada produto oferecido pelo plano. O **MPS** e o **GLC** são instrumentos destinados a informar ao Interessado os principais aspectos que devem ser observados no momento da contratação de planos de saúde, com indicação dos tópicos de maior relevância.

A leitura cuidadosa **antes** da assinatura do Termo de Adesão é de extrema importância



Compreenda o embasamento legal

Os documentos supracitados estão alinhados com a Instrução Normativa DIPRO Nº 20, de 29 de setembro de 2009, que dispõe sobre os instrumentos de orientação aos beneficiários, previstos no artigo 24 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho 2009, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 200, de 13 de agosto de 2009.

5.1.3. Solicitação de Ingresso

O interessado pode associar-se a Saúde ABAS eletronicamente ou pelo envio da documentação.

De forma eletrônica:

clique em “Associe-se” > depois no botão “Adesão e/ou inclusão online” > e seguir os passos descritos.

- Todo o processo, inclusive a assinatura, ocorre num ambiente virtual, pela plataforma **DocuSign**, nacional e internacionalmente, reconhecida por sua segurança e conformidade legal;

Alternativamente, pode encaminhar por e-mail aos membros da Equipe de Relacionamento os seguintes documentos:

- Termo de Adesão - Associado Titular (preenchido e assinado);
- Cadastros de Dependentes e/ou Beneficiário (preenchidos e assinados);
- Documentação pessoal digitalizada;
- Qualquer que seja a forma de adesão, se tiver dúvidas entre em contato com a Saúde ABAS pelo telefone 0800 591 5268.



Entenda quais os documentos pessoais requeridos para adesão e cadastro no plano*...

Associada(o) Titular	Cônjuge	Companheira(o)	Demais Dependentes ou Beneficiários	
X				Carteira Funcional
X	X	X	X	RG ou Certidão de Nascimento
X	X	X	X	CPF
X	X	X	X	Comprovante de endereço
	X			Certidão de Casamento
		X		Declaração de União Estável
X	X	X	X	Cartão Nacional de Saúde (CNS)**

* a depender da situação, podem ser requeridos documentos adicionais.

** caso não saiba, acesse o link <https://meudigisus.saude.gov.br/menu/home>.

5.1.4. Avaliação médica

A avaliação médica é um processo simples a ser realizada no momento do cadastro, que pode ser realizada pelo site ou pelo preenchimento de formulário.

O Departamento Médico da entidade poderá realizar entrevistas e solicitar a apresentação de resultados de exames diagnósticos ou laudos médicos adicionais. A não apresentação dos documentos acarretará o reconhecimento da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) indicada pelo Departamento Médico da entidade.



Quais as implicações associadas a avaliação médica?

O resultado da avaliação médica poderá implicar no cumprimento de cobertura parcial temporária ou aplicação de agravo, segundo as diretrizes determinadas pela legislação setorial.

O prazo de duração da avaliação prévia de saúde dependerá do cumprimento das necessidades de informações requeridas pelo Departamento Médico.

5.1.5. Cadastro do Grupo

O cadastro de membros do grupo familiar pode ser realizado desde que respeitados os critérios a seguir:

- Dependentes poderão ser indicados para inscrição na entidade a qualquer tempo.
- A mensalidade é cobrada do Associado Titular, que é o responsável financeiro de todo o grupo familiar perante a Saúde ABAS. Há, porém, discriminação do valor por Usuário e por faixa etária.

5.1.6. Carências

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 dias para partos a termo;
- b) 120 dias para todas as demais coberturas;
- c) 24 horas para a cobertura de urgência e emergência, limitada às primeiras 12 horas do atendimento e observado o previsto na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU Nº 13, de 3 de novembro de 1998, que regula o conceito de atendimento de urgência e emergência.



O que é parto a termo?

Parto a termo é aquele realizado a partir da 38ª semana de gestação.

No entanto, em casos de partos prematuros, ou seja, de gravidez com previsão de nascimento dentro do período de carência, o plano de saúde pode cobrir as despesas de parto se este for realizado em atendimento de urgência e emergência.

5.2. Aproveitamento de Carências

Você poderá aproveitar as carências cumpridas em outros planos de saúde; elas serão avaliadas pelo Conselho Administrativo para utilização e aproveitamento.

É necessário enviar uma Declaração de Permanência da operadora, informando as datas de entrada e saída dos Usuários.

5.3. Cobertura parcial temporária

Realização da avaliação prévia de saúde, cujo resultado poderá implicar no cumprimento de cobertura parcial temporária ou aplicação de agravo, segundo as diretrizes determinadas pela legislação setorial. O prazo de duração da avaliação prévia de saúde dependerá do cumprimento das necessidades de informações requeridas pelo Departamento Médico da entidade.

A cobertura parcial temporária e o agravo serão aplicados na forma da legislação setorial.

5.4. Isenção de Carências e CPT

5.4.1. Até 30 dias da posse

Os candidatos a Associados Titulares e seus respectivos Dependentes e/ou Beneficiários que aderirem ao plano de saúde em até 30 (trinta) dias da data de seu ingresso como integrante do Poder Judiciário Trabalhista, estarão isentos do cumprimento de carências e avaliação prévia de saúde.

5.4.2. Grupo de mais de 50 pessoas

Fica dispensado do cumprimento de carência a adesão conjunta de pelo menos 50 (cinquenta) grupos familiares.

O Conselho Administrativo poderá, por meio de convênio ou deliberação em reunião com base na avaliação técnica da área de saúde, isentar a necessidade do cumprimento de carência ou cobertura parcial temporária (CPT) para os Interessados.

5.4.3. Portabilidade Especial

A ANS concede portabilidade especial para beneficiários de outras operadoras, independentemente do tipo de contratação e da data de adesão sem cumprir novos períodos de carências ou CPT.

Além disso, a grande vantagem de pedir portabilidade é de poder usufruir o plano de saúde sem precisar cumprir o período de carência. Portanto, o Usuário não perde nenhum benefício nem é prejudicado quando ele realiza o processo, conforme etapas a seguir:

- Verifique se você tem direito à portabilidade especial de carências, consultando o Guia ANS para identificar planos de saúde compatíveis com o seu, para fins de portabilidade especial de carências. A faixa de preço do plano de origem deve ser igual ou superior àquela praticada pela Saúde ABAS;
- Entre em contato com a Saúde ABAS, pelos canais de atendimento, munido do relatório de planos em tipo compatível (que pode ser impresso no site da ANS) e solicite a adesão;
- Apresente os documentos solicitados pela Saúde ABAS, incluindo cópias dos comprovantes de pagamento do plano anterior, a fim de confirmar o vínculo prévio com um plano de mesmo padrão, conforme determinações da ANS;



Casos de transferência compulsória de carteira em processo

Estes casos serão tratados em Resolução Operacional específica da ANS, nos casos de beneficiário de plano em que tenha havido insucesso da transferência compulsória de carteira em processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou de Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio.

- Por determinação legal a Saúde ABAS terá, no máximo, 10 (dez) dias para pronunciar-se. Na ausência de resposta, considera-se a proposta com portabilidade de carências aceita.



Cartilha sobre portabilidade da ANS

Acesse a cartilha sobre portabilidade da ANS, no próprio site da ANS, que explica todo o processo sobre planos de saúde, como tipos de coberturas, abrangência, conceitos, preços, requisitos, prazos, exigências para segmentos específicos (como crianças).

6. Exclusão de dependentes e beneficiários ou cancelamento do plano

O processo de exclusão de dependentes e beneficiários ou o pedido de cancelamento do plano deve ser solicitado pelos canais de atendimento ou por meio do link [Desejo cancelar meu plano](#), presente no rodapé das páginas do website da Saúde ABAS.

7. Alteração de dados cadastrais

As alterações dos dados cadastrais do Associado Titular, seus Dependentes e/ou Beneficiários somente podem ser feitas por meio do seu Consultor de Relacionamento.

No APP Saúde ABAS e no Portal do Usuário é possível visualizar o cadastro de todo o grupo familiar.

8. Características dos Produtos

8.1. Registro ANS

Dados da Operadora

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS JUÍZES DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO

CNPJ: 02.030.246/0001-31

Nº de Registro na ANS: 304131

Site: <https://www.saudeabas.org.br>

Tel.: (19) 3733-5060

A Operadora dispõe de 2 planos regulamentados e registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme segue:

Nome Comercial	Registro do Produto na ANS
Saúde ABAS 15	Nº 480712180
Saúde ABAS Prata	Nº 485273207

8.2. Abrangência Geográfica

Os planos “SAÚDE ABAS 15” e “SAÚDE ABAS PRATA” são de abrangência exclusivamente nacional.

8.3. Segmentação Assistencial e Acomodação

Os planos “SAÚDE ABAS 15” e “SAÚDE ABAS PRATA” são de segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia, padrão de acomodação individual (apartamento privativo com direito a acompanhante) e previsão de aplicação de fator moderador do tipo coparticipação.

8.4. Coberturas

8.4.1. Ordinárias

Ambos os produtos são de contratação coletiva por adesão, e assegurarão acesso às coberturas assistências em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e com o disposto na Lei 9.656/1998 e demais determinações da ANS, incluindo suas resoluções e diretrizes de utilização.

8.4.2. Extraordinárias

Além das coberturas asseguradas nos Artigos 1º e 2º da Resolução do Conselho de Administração nº 02, os planos “SAÚDE ABAS 15” e “SAÚDE ABAS PRATA” incluirão as seguintes coberturas adicionais:

- a) Modalidade de tratamento de assistência domiciliar, quando houver indicação técnica; e
- b) Procedimentos de inseminação artificial e/ou fertilização "in vitro", respeitado o limite de ressarcimento estabelecido em Resolução do Conselho de Administração;
- c) Próteses e Órteses Auditivas, com cobertura de até R\$ 3.000,00 (três mil) reais por usuário por meio de reembolso. Acessórios como pilhas e manutenções no equipamento não serão cobertos pela Saúde ABAS. Pode ser solicitada uma nova cobertura a cada 4 (quatro) anos por usuário. O médico otorrinolaringologista é quem avalia a necessidade de uso de prótese auditiva durante a consulta além de exames como audiometria e impedanciometria. As condições de elegibilidade da cobertura são as seguintes:

I) EM CRIANÇAS

A indicação dos A.A.S.I. pode ser feita em qualquer associado que apresente uma deficiência auditiva comprovada.

- Nos casos de perdas leves, alguns aspectos deverão ser levados em consideração, para a indicação de um A.A.S.I., tais como:
- nível de desenvolvimento de linguagem em função da idade, ou seja, crianças que apresentam retardo de aquisição de linguagem ou alterações na sua emissão decorrentes do problema auditivo.
- influência da perda auditiva em outras áreas do desenvolvimento:
- desempenho social, segurança emocional, etc.

Em crianças, não há limite em termos do grau da deficiência auditiva para a indicação de um A.A.S.I., pois "não se pode negar a nenhuma criança a oportunidade de ouvir, mesmo que seja uma quantidade mínima de sons"(Downs).

Obs: Em crianças muito jovens é sempre aconselhável a indicação do aparelho convencional (de bolso) por ser mais resistente do que qualquer outro tipo de aparelho.

II) EM ADULTOS

Uma vez esgotados todas as possibilidades de tratamento médico, qualquer indivíduo que apresente dificuldades em situações de comunicação decorrentes de uma perda auditiva, deve ser considerado um candidato potencial ao uso de AASI. Determina-se como critério de indicação do uso do AASI:

- Perda auditiva bilateral, com média (500, 1000, 2000, 3000 e 4000 Hz) maior ou igual a 30 dBNA na melhor orelha;
- Perda auditiva unilateral, quando o indivíduo apresentar dificuldades no processo de comunicação;
- Perda auditiva flutuante, desde que com monitoramento médico e audiológico;
- Perda auditiva profunda pré-lingual, desde que com detecção de fala com AASI.

Nota: estão cobertas próteses auditivas removíveis (retroauriculares, infra-auriculares, intracanal e intracanal profundo) e próteses auditivas implantáveis (implantes cocleares e próteses auditivas ancoradas no osso – BAHA).

8.4.3. Exclusões de Coberturas

Não estão incluídos, nas coberturas regulares do plano, as seguintes situações:

1) Tratamentos e/ ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos

- realizados fora do Brasil;
- experimentais/Off Label;
- para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

2) Fornecimento de medicamentos:

- importados não nacionalizados;
- para tratamento domiciliar, ressalvados os seguintes casos:
 - para tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;
 - para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar.

3) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, com excessão de próteses e órteses auditivas, nas condições especificadas em 8.4.2 – item c;

4) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

O associado pode, por meio de processo administrativo, solicitar ao Conselho de Administração a autorização de coberturas não previstas. Tais solicitações serão protocoladas e avaliadas nas reuniões mensais do Conselho, podendo ser deferidas ou indeferidas.



Compreenda o embasamento legal

A Lei Federal Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em seu Art.10, detalham as exceções das coberturas assistenciais.

O Estatuto Social da Associação Beneficente de Assistência à Saúde do Juizes do Trabalho da 15ª Região, de 30 de outubro de 2020, estabelece em seu Art. 13, acerca da competência do Conselho de Administração da associação em deliberar sobre coberturas extraordinárias não previstas, após parecer da área médica e ouvidoria.

9. Serviços Oferecidos

9.1. Coberturas Assistenciais

9.1.1. Assistência Eletiva

A assistência médica em caráter eletivo, na qual não se enquadram urgência ou emergência, é oferecida pela Saúde ABAS por meio da:

- Rede Credenciada Diretamente pelo plano (com a carteirinha da Saúde ABAS);
- Rede Credenciada Unimed disponível nacionalmente (com a carteirinha da Unimed);
- Livre escolha e reembolso nos limites estabelecidos pelo plano.

Com exceção das consultas médicas, todo e qualquer exame, laboratorial ou de imagem, assim como procedimentos em caráter eletivo requerem a autorização prévia, seja dos planos Saúde ABAS, seja da parceria com a Unimed.

Esta regra também se aplica às solicitações de reembolso.

9.1.2. Urgência ou Emergência

Urgência ou emergência **são situações de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.** Nestes casos o Usuário tem como opções de atendimento:

- Buscar um serviço hospitalar de pronto atendimento credenciado pelo plano de saúde, diretamente ou pela parceria Unimed-Saúde ABAS. Atestada a condição de urgência ou emergência, o atendimento necessário será realizado sem a necessidade de autorizações prévias e há garantia de cobertura integral pelo plano, dentro dos limites estabelecidos pela ANS.
- Acionar diretamente o Atendimento pré-hospitalar por meio de ligação telefônica para o número **0800 722 0670** ou acionando o **botão vermelho SOS** no próprio aplicativo de celular da Saúde ABAS (mais informações no item 9.2.2).
- Buscar qualquer outro serviço de saúde mediante atendimento particular, estando ciente de que o reembolso das despesas médicas se limitará ao estabelecido na tabela do plano e que não haverá direito ao reembolso caso a condição de urgência ou emergência não seja devidamente atestada e justificada pelo Médico Assistente.



Compreenda o embasamento legal

A Lei Federal Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em seu Art.35-C, define a obrigatoriedade da cobertura nos casos de emergência e urgência, considerando o seguinte entendimento:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

Adicionalmente, a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 13 de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, estabelece que na ocorrência de algo que implique risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, o atendimento deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

9.1.3. Remoção por Transferências Inter-hospitalares

Transferências inter-hospitalares são cobertas pelo Saúde ABAS em 2 (duas) circunstâncias:

- a) Quando o Médico Assistente local solicitar, tendo em conta a indisponibilidade de recursos terapêuticos adequados para o Usuário.
- b) Quando a equipe médica da Saúde ABAS, no acompanhamento do caso, e em consenso com os familiares e equipe médica do local de tratamento, sugerir a transferência.

Em qualquer das situações, as transferências inter-hospitalares somente poderão ser realizadas mediante relatório do Médico Assistente atestando que o Usuário tem condições de ser transferido.

Os casos de transferência inter-hospitalar são gerenciados pela área técnica-médica do Saúde ABAS.

Medidas tomadas em caráter de urgência ou emergência, sem a aprovação prévia da Saúde ABAS, serão reembolsadas somente nos casos enquadrados nos critérios técnicos mencionados no item "a", a ser devidamente comprovado posteriormente.

Transferências inter-hospitalares por **motivação de natureza social**, e não assistencial, não tem cobertura pelo plano.



Compreenda o que é motivação de natureza social

A natureza social de uma transferência é caracterizada por razões não técnicas, como, por exemplo:

- ✓ Alegação de melhor padrão de atendimento;
- ✓ Proximidade de outra equipe médica;
- ✓ Comodidade para familiares.

9.1.4. Telemedicina Einstein Conecta

A Telemedicina Einstein Conecta é um serviço de **consulta médica de Pronto Socorro a distância**, que conta com profissionais de saúde com ampla experiência e conhecimento nas áreas específicas.

O serviço está disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados, com o objetivo de garantir a excelência do atendimento para os mais diversos pontos do Brasil, para os sintomas a seguir:

- Alergias e lesões;
- Dor lombar;
- Náuseas e vômitos;
- Desconforto abdominal;
- Dor ou infecção nos olhos;
- Picadas;
- Dor de Cabeça;
- Febre;
- Sintomas de gripe e resfriados;
- Dor na garganta;
- Feridas e queimaduras;
- Sintomas urinários.

As consultas são registradas em prontuário eletrônico no sistema de Gestão Hospitalar do próprio hospital. A prescrição médica, solicitação de exames e atestado, se necessários, são encaminhados eletronicamente mediante certificação digital aceitos em todo o Brasil.

Nos casos em que não for possível o atendimento por Telemedicina, o Médico orientará o Usuário a buscar os serviços de pronto atendimento presencial.

Ressaltamos que o atendimento pelo Hospital Israelita Albert Einstein para a Saúde ABAS está disponível apenas e tão-somente na modalidade de TELECONSULTA, ou seja, a distância, não sendo possível o atendimento no próprio hospital.

Para acessar o Telemedicina basta acessar o site em <https://telemedicina.einstein.br/> ou baixar e instalar o aplicativo **Einstein Conecta** na App Store ou no Google Play de seu smartphone.

9.1.5. Psicologia Viva

A Psicologia Viva é a maior plataforma de atendimento psicológico online da América Latina. Norteados pela ética e responsabilidade, o prestador atua em conformidade com o protocolo internacional HIPAA Compliant que assegura a proteção e inviolabilidade dos dados e consultas.

Por meio desta solução o Usuário poderá se consultar de forma online através de um celular com câmera, notebook ou computador no conforto de sua casa ou onde estiver, com segurança e sigilo.

Todos os profissionais da Psicologia Viva são graduados e registrados no Conselho Regional de Psicologia para o exercício da profissão, com cadastro específico e-Psi para atendimento por chamadas de vídeo.

O agendamento das sessões pode ser realizado pelo website www.psicologiaviva.com.br ou pelo APP Saúde ABAS, no qual o Usuário terá a opção de escolher o profissional pelos diversos temas de abordagens bem como obter informações da formação acadêmica e experiências do psicólogo.

Para uso da plataforma não será necessário pedido médico ou autorização prévia da Saúde ABAS.

O Usuário pode realizar até 40 (quarenta) sessões anualmente, limitado a 1 (uma) sessão por semana.

9.1.6. Medicações Cobertas

A cobertura para medicações atende as determinações da ANS e são analisadas, caso a caso, pela equipe médica do plano. Em linhas gerais, estão cobertos os medicamentos utilizados em:

- Internações hospitalares, cirúrgicas ou clínicas;
- Procedimentos médicos ambulatoriais,
- Tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;
- Tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar.

Podem ser solicitadas, a qualquer momento, mediante apresentação da prescrição e do relatório médico justificando a indicação. Constatada a necessidade de aplicação em domicílio, a Saúde ABAS avaliará a possibilidade de o serviço ser prestado diretamente por uma empresa de *home care*.

9.1.7. Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME

Órtese é todo dispositivo permanente ou transitório, utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.

Prótese é todo dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Materiais Especiais são quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não, podendo ou não sofrer reprocessamento, conforme regras determinadas pela ANVISA.

Os planos da Saúde ABAS, em conformidade com as determinações da ANS, asseguram a cobertura às próteses, órteses e seus acessórios que necessitam de cirurgia para serem colocados ou retirados (materiais implantáveis), bem como materiais especiais.

O fornecimento de OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais) requer definição prévia ao procedimento, avaliado caso a caso, com negociação autorizada direto ao hospital credenciado ou faturamento direto para a Saúde ABAS, considerando-se valores de mercado obtidos em cotações realizadas pelo próprio plano, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ANS e/ou ANVISA.

Estão excluídos de cobertura o fornecimento de órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (ou não implantáveis), tais como óculos, coletes ortopédicos, próteses de substituição de membros, CPAP-anti ronco, palmilhas, tipoias etc - com excessão de próteses e órteses auditivas, nas condições especificadas em 8.4.2. item c.

9.2. Coberturas Adicionais

9.2.1. Home Care

A Assistência Domiciliar é um benefício não obrigatório, disponibilizado ao Usuário elegível segundo os critérios estabelecidos pela área médica da Saúde Abas. Envolve uma série de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação e considera as complexidades dos cuidados a serem dispensados ao Usuário.

A Saúde Abas oferece a Assistência Domiciliar (*home care*) nas modalidades de:

- internação domiciliar,
- assistência domiciliar simples e,
- assistência domiciliar multiprofissional.

Os cuidados podem variar desde a simples aplicação de medicações até um suporte completo à saúde com profissionais disponíveis 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana.

Solicitação via Hospital ou Usuário / Responsável

A depender do quadro do Usuário, a solicitação de home care pode ser feita pelo Médico Assistente à equipe médica da Saúde ABAS ou pelo Usuário/Responsável para o seu Consultor de Relacionamento.

A avaliação de elegibilidade observa a tabela NEAD ou ABEMID.

São indispensáveis a leitura e assinaturas dos documentos constantes no Manual de Atendimento Domiciliar.

Todo Usuário que estiver em assistência domiciliar deve, necessariamente, indicar um Responsável que acompanhará o desenvolvimento do tratamento.

A equipe técnica da Saúde Abas fará a supervisão da prestação de serviços de home care pela empresa contratada, inclusive, com realização de auditorias presenciais.



Entenda como funcionam as tabelas de avaliação para o planejamento de atenção domiciliar - NEAD ou ABEMID

A tabela ABEMID e Escore NEAD são escalas desenvolvidas pela Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar e o Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar que, baseadas em critérios técnicos, estabelecem uma pontuação que determina a necessidade ou não de internação domiciliar e o grau de complexidade necessário, se baixo - 6 horas de enfermagem por dia, médio - 12 horas de enfermagem por dia ou alto - 24 horas de enfermagem por dia.

Essa escala é totalmente baseada nas condições de saúde e suporte profissional de que o paciente necessita, levando-se em consideração condições como:

1. Uso de sonda
2. Presença de traqueostomia ou acesso venoso
3. Realização de quimioterapia
4. Necessidade de suporte ventilatório
5. Presença de lesão vascular ou cutânea
6. Grau de dependência na realização de atividades pessoais básicas diárias
7. Capacidade ou não de locomoção e a necessidade de terapias seriadas como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e outras.

Cada uma dessas informações corresponde a uma pontuação específica que, ao final, permite ao avaliador determinar, com base no número de pontos obtidos, se há indicação técnica para internação domiciliar e o nível de assistência e cuidado indicado para a situação específica.

Observação: Não se deve confundir o serviço de enfermagem com o de um cuidador. Este é de responsabilidade da família e não coberto pelo plano.

Fonte: <<http://www.nakanoadvogados.com.br/operadoras-de-plano-de-saude-x-limitacoes-impostas-para-implantacao/>> acesso em 04.11.2021.

9.2.2. Atendimento Pré Hospitalar – APH - Remoção

Serviço de atendimento emergencial, fora do hospital, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, pensando no cuidado total e segurança dos Usuários da Saúde ABAS.

É possível ter acesso ao APH via ligação telefônica ou acionando o **botão vermelho SOS** no próprio aplicativo de celular da Saúde ABAS.

Telefone: **0800 722 0670**

Ao acionar o serviço, o Usuário será recepcionado por uma central de orientação à saúde que fará a triagem de acordo com a situação relatada, direcionando o chamado para um profissional de saúde qualificado. Em função da situação relatada o APH pode:

- 1º) Prestar ao Usuário, por meio de médicos qualificados, informações técnicas acerca de enfermidades, especialidades médicas, orientação sobre tratamentos, procedimentos médicos adequados, inclusive sobre doenças crônicas e condutas de primeiros socorros;
- 2º) Estando o Usuário dentro da área de cobertura presencial oferecida pelo APH, o serviço pode enviar ao local uma equipe de pronto atendimento qualificada para a realização de condutas médicas imediatas;

3º) Caso a equipe médica identifique não ser possível o atendimento no local, o APH fará a remoção para um hospital credenciado, sem custo adicional.



Conheça a região coberta presencialmente pela APH

No estado de São Paulo

- ✓ Americana; Araçatuba; Araraquara; Assis; Avaré; Barretos; Barueri; Bauru; Botucatu;
- ✓ Campinas; Carapicuíba; Catanduva, Guaratinguetá; Guarulhos; Hortolândia;
- ✓ Igarapé do Tietê; Indaiatuba; Itu; Jacaré; Jundiaí; Lençóis Paulista; Limeira; Lins;
- ✓ Marília; Mauá; Mirassol; Mogi das Cruzes; Nova Odessa; Olímpia;
- ✓ Pindamonhangaba; Piracicaba; Pirassununga; Praia Grande; Presidente Prudente;
- ✓ Presidente Venceslau; Ribeirão Preto; Salto; Santo André; Santos;
- ✓ São Bernardo do Campo; São Caetano do Sul; São Carlos; São José do Rio Preto;
- ✓ São José dos Campos; São Paulo; São Roque; São Vicente; Sorocaba; Sumaré;
- ✓ Taubaté; Valinhos; Vinhedo; Votorantim.

No estado do Rio de Janeiro

- ✓ Itaboraí; Rio de Janeiro; Volta Redonda.

Demais estados

- ✓ Belo Horizonte/MG;
- ✓ Brasília/DF;
- ✓ Cuiabá/MT;
- ✓ Curitiba/PR;
- ✓ Florianópolis/SC;
- ✓ Fortaleza/CE.

9.2.3. Inseminação Artificial e Fertilização “in vitro”

A Saúde Abas oferece como cobertura adicional não obrigatória a inseminação artificial e/ou fertilização *in vitro*, desde que previamente autorizada pela área médica.

A cobertura do procedimento está limitada ao valor constante na Tabela ABAS 15 de Reembolso e é oferecida uma única vez a cada período de 12 meses de utilização.

No valor do reembolso estão contemplados os honorários médicos, exames, medicamentos e/ou taxas inerentes ao procedimento.

Na hipótese de apenas um do cônjuge/parceiro ser associado, a cobertura está restrita aos procedimentos relativos à sua pessoa, com observância dos limites previstos na Tabela de Reembolso Saúde ABAS.

9.3. Seguro Viagem

Os Usuários têm direito ao seguro-viagem internacional de 30 (trinta) dias por ano civil, sendo consecutivos ou não. Para o Plano Saúde ABAS a cobertura é da ordem de 60mil dólares ou euros e para o plano de Saúde Abas Prata é 30mil dólares ou euros.

O Usuário deve apresentar o pedido de seguro-viagem internacional, com pelo menos 5 (cinco) dias de antecedência, acompanhado do passaporte e bilhetes digitalizados



Observação importante!

É obrigatório que o embarque seja realizado no Brasil, ou seja, Usuários que já estejam fora do país e solicitem o seguro, não terão direito à cobertura.

9.4. Serviços de Conveniência

9.4.1. Coleta de Exames em Domicílio

A Saúde Abas tem prestadores credenciados para a coleta domiciliar de material biológico para exames. Essa conveniência está disponível na maior parte do território nacional. Verifique com seu Consultor de Relacionamento ou demais canais de atendimento.

O Usuário deve solicitar a autorização prévia encaminhando o pedido médico para seu Consultor de Relacionamento para o agendamento da coleta.



O que apresentar ao profissional da saúde no ato da coleta?

- Guia autorizada;
- Pedido médico;
- Cartão do plano (impresso ou no APP).

9.4.2. Aplicação de Vacinas e Medicamentos

A Saúde ABAS não possui cobertura para vacinas. No entanto, em atendimento às diretrizes da política de atenção primária à saúde e mediante deliberação do Conselho de Administração podem ser realizadas campanhas sazonais de vacinação

No caso de vacinas e medicações específicas, em função de suas parcerias, a Saúde ABAS pode intermediar a sua aquisição e entrega na residência do Usuário.

Havendo necessidade de aplicação de medicações em domicílio, é possível solicitar os serviços de home care que, conforme avaliação técnica, pode ser provido ao Usuário.

9.5. Convênios com Farmácias e Drogarias

O associado da Saúde ABAS tem descontos de 20% para medicamentos de referência e similares e 30% para genéricos nas Drogarias Pacheco e Drogaria São Paulo, com a apresentação da carteirinha Saúde ABAS disponível no APP.

Pode ainda usufruir do desconto de 20% em qualquer medicamento na Drogasil e na Droga Raia com a apresentação da carteirinha da Unimed, além do desconto de 5% sobre itens de perfumaria.



Comprando pela internet...

- *Drogarias Pacheco: www.drogariaspacheco.com.br*
- *Drogaria São Paulo: www.drogariasapaulo.com.br*
- *Droga Raia: www.drogaria.com.br*

9.6. Autorizações para Utilização

Autorização é um mecanismo de regulação previsto em lei, tendo como objetivo gerenciar a utilização dos serviços prestados, de modo a garantir o equilíbrio econômico-financeiro e segurança do Usuário. Em hipótese alguma tem por finalidade impedir ou dificultar o atendimento em situações de urgência e emergência ou limitar a assistência à saúde.

A prévia autorização, quando requerida, é requisito essencial para fins de reembolso, conforme descrito no tópico 12 deste Manual.

9.6.1. Consultas Médicas

A consulta em consultório poderá ser realizada sem autorização prévia e o reembolso deve observar os limites da Tabela da Saúde ABAS

Não há reembolso para consulta particular realizada no período de 30 (trinta) dias com o mesmo profissional, por ser considerado retorno.

Consulta em pronto socorro: poderá ser realizada sem autorização prévia por ser tratar de urgência /emergência.

Consulta domiciliar: poderá ser realizada sem autorização prévia e o reembolso deve observar os limites da Tabela da Saúde ABAS

O atendimento realizado na residência do Usuário, pode ocorrer pelo Home Care e por solicitação do Usuário ou responsável. Pelo Home Care há necessidade de o Usuário ser elegível conforme os critérios da Departamento Médico.

9.6.2. Pequenos procedimentos, tratamentos seriados e cirurgias em caráter eletivo

Os tratamentos eletivos são aqueles que podem ser programados, ou seja, não são considerados urgência e emergência. Para tanto é necessária a autorização prévia solicitada diretamente ao seu Consultor de Relacionamento ou pelo próprio prestador de serviços, independentemente de o tratamento ser realizado de forma particular ou via rede credenciada.

Em casos específicos e em conformidade com o estatuto, o Departamento Médico da Saúde ABAS poderá solicitar informações complementares, como laudos de exames e relatórios. Essas informações podem ser encaminhadas diretamente para a área técnica pelo endereço gerenciamedica@saudeabas.org.br.

Se preferir, o seu Consultor de Relacionamento está à disposição para ajudá-lo, lembrando que além do Termo de Confidencialidade a que ele está sujeito, há regulares treinamentos sobre a proteção de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados.

Lembre-se! Sempre há necessidade de autorização prévia, que pode ser solicitada ao Consultor de Relacionamento ou, em casos específicos, pelo próprio sistema do prestador de serviços.

9.6.3. Emergências

Nas situações de urgência e emergência, desde que devidamente caracterizadas, o Usuário está dispensado de autorização prévia.

Buscando um serviço de atendimento credenciado pela Saúde ABAS ou Unimed, não há com o que se preocupar. A comunicação entre as equipes médicas do prestador de serviços e da Saúde ABAS é permanente, 24 (vinte e quatro) horas por dia e 7 (sete) dias por semana.

Atenção: Serviços contratados de forma particular, pelo Usuário serão reembolsados dentro dos limites da Tabela de Reembolso Saúde ABAS.

Não sendo caracterizada urgência ou emergência, não há reembolso.



Entenda melhor o que é Urgência e Emergência

Urgência ou emergência são situações de risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Consulte o item 9.1.2 para melhor compreensão.

10. Identificação dos Usuários na Rede Credenciada

Os Usuários são identificados através dos seus códigos de cadastro, tanto no Saúde ABAS quanto na Unimed. Os códigos de cadastro estão disponíveis da seguinte forma:

- **Carteirinha Saúde ABAS:** com 14 dígitos, está disponível eletronicamente no APP Saúde ABAS e pode ser impresso pelo Portal do Usuário;
- **Carteirinha Unimed:** com 17 dígitos, sendo que o cartão físico é enviado para o endereço do Usuário antes de seu vencimento. Também está disponível no APP da Unimed Campinas.

11. Pesquisa de Rede Credenciada

11.1. Rede Credenciada própria

A rede direta ABAS é a rede própria da Saúde ABAS com prestadores de alto nível de qualidade e excelência nos atendimentos.

11.1.1. Portal do Usuário

Para consulta de rede credenciada direta acessar www.saudeabas.org.br , no menu **Rede Credenciada** em **encontre já**.

No portal do Usuário, acessado via internet, o associado será direcionado para o portal da rede credenciada Saúde ABAS; deve selecionar o plano e pode realizar a busca do prestador filtrando por cidade e/ou especialidade; logo após, deve clicar no ícone de pesquisa ao lado direito. O sistema apresentará todos os locais credenciados com respectivos endereços e telefones para contato.



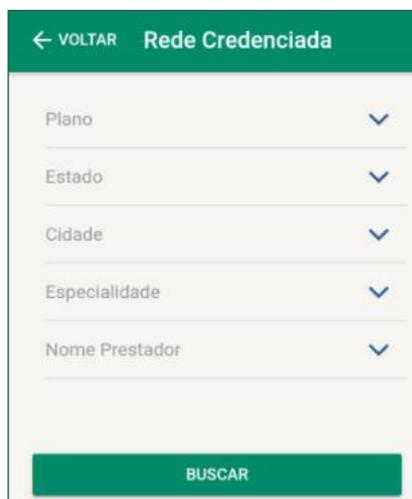
REDE CREDENCIADA			
PLANO:	ESPECIALIDADE:	CIDADE:	NOME DO CREDENCIADO:
<input type="text" value="PLANO ABAS"/>	<input type="text" value="SELECIONE"/>	<input type="text" value="SELECIONE"/>	<input type="text"/> 

11.1.2. Consulta pelo APP Saúde ABAS

Para consulta de rede credenciada direta através do aplicativo, basta o associado acessar o aplicativo Saúde ABAS e clicar no ícone “Rede Credenciada”:



O associado pode selecionar as opções desejadas de filtro (cidade/especialidade/plano ou nome do prestador) e clicar em “buscar”:



11.2. Rede Credenciada Parceira Unimed

A Saúde ABAS possui parceria com a Unimed com cobertura em todo território nacional por meio do modelo de intercâmbio entre as Unimed.

Para consulta de rede credenciada direta pela Saúde ABAS basta o associado acessar: www.saudeabas.org.br, no menu **Rede Credenciada**, clicar em **encontre já**, será direcionado para o portal da rede credenciada ABAS, selecionar a opção **Pesquise a rede Unimed**:

REDE CREDENCIADA UNIMED

O beneficiário da ABAS 15 também tem a rede Unimed Nacional à sua disposição. Para pesquisar, tenha seu cartão Unimed em mãos, caso contrário entre como não cliente e utilize as informações a seguir:

- Plano: (463291105) Extensão Nacional Adesão Rede Master CO
- Rede: NA08

PESQUISE A REDE UNIMED

O associado será direcionado para o site da Unimed e em **busca detalhada** pode realizar a busca conforme seleção de filtros:

Busca rápida	Busca detalhada
É cliente? Digite seu CPF ou carteirinha	? Apenas atendimentos de urgência e emergência <input type="checkbox"/>
Especialidade <input type="text"/>	Nome do médico ou prestador <input type="text"/>
São Paulo <input type="text"/>	Cidade <input type="text"/>
Bairro <input type="text"/>	Tipo de estabelecimento <input type="text"/>
Rede <input type="text"/>	Plano <input type="text"/>
Qualificação <input type="text"/>	
Pesquisar	<u>Limpar dados</u> Ver menos filtros

Rede: **NA08**

Plano: **(463291105)** Extensão Nacional Adesão Rede Master CO

12. Processo de Reembolso

Reembolso é a restituição dos valores monetários decorrentes de serviços assistenciais cobertos, contratados diretamente pelo Usuário de forma particular, segundo sua liberdade de escolha, respeitados os limites da Tabela de Reembolso Saúde ABAS.

12.1. Solicitação

O Usuário, após a realização do procedimento, pode enviar o pedido de reembolso pelos canais de atendimentos disponíveis, acompanhado de:

- guia de autorização,
- nota fiscal ou recibo de pagamento sendo o prestador pessoa jurídica ou pessoa física e,
- nos casos de cirurgias, o relatório médico.

Se necessário, o Departamento Médico poderá solicitar documentação complementar.

Só são reembolsáveis os serviços realizados em prestadores não credenciados.

O Usuário terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a partir da data da emissão do documento com validade fiscal comprobatória da prestação e pagamento dos serviços, para solicitar o reembolso previsto. Findo o prazo, a obrigação do reembolso deixará de existir.

12.2. Cálculo de reembolsos

Os valores máximos de reembolso são os previstos na “Tabela ABAS 15 de Reembolso”, editada pela entidade e com vigência a partir de 01/07/2020 (data do registro da ata de deliberação do CA no Cartório de Registro de Títulos e Documentos).

Os valores da tabela serão reajustados anualmente, pelo mesmo índice de correção aplicado às contribuições assistenciais, a partir de 01/07/2021, mantendo-se constantes, então, pelos doze meses seguintes.

Os valores de reembolso de serviços assistenciais realizados em caráter “particular” são os estabelecidos na “Tabela ABAS 15 de Reembolso”, conforme as seguintes diretrizes:

- O plano “SAÚDE ABAS 15”, registro ANS nº 480.712/18-0, terá como valores máximos aqueles previstos na “Tabela ABAS 15 de Reembolso”, de forma integral;
- O plano “SAÚDE ABAS PRATA”, registro ANS nº 485.273/2-7, terá como valores máximos o percentual de 50% (cinquenta por cento) daqueles previstos na “Tabela ABAS 15 de Reembolso”.

Pelo Portal do Usuário é possível fazer uma simulação de valores a serem reembolsáveis.

Serão considerados os critérios definidos pela CBHPM para aplicação ao cálculo de reembolso das situações especiais de atendimento e/ou casos de múltiplos procedimentos realizados numa única intervenção.

Entre em contato com o seu Consultor de Relacionamento para o cálculo exato dos valores.

12.2.1. Reembolso de honorários médicos, exames e procedimentos

A “Tabela ABAS 15 de Reembolso” para os procedimentos médicos, em regime ambulatorial ou hospitalar, foi criada em 2017, com base na Edição 2016 da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, editada pela Associação Médica Brasileira - AMB), sendo reajustada anualmente pelo índice de correção aplicado às contribuições assistenciais.

Os limites de reembolso serão aplicados de forma individualizada às quantias apresentadas para restituição, observando-se cada rubrica prevista no código de cobertura ou item cobrado do Usuário, conforme composição estrutural da CBHPM.

12.2.2. Reembolso de Medicamentos

O valor máximo da “Tabela ABAS 15 de Reembolso” para reembolso de medicamentos será aquele definido pela edição atualizada do Guia Farmacêutico BRASINDICE, publicado e atualizado pela Organização Andrei Editora Ltda.

12.2.3. Reembolso de materiais especiais ou de uso comum, órteses e próteses

O valor máximo da “Tabela ABAS 15 de Reembolso” para o reembolso de materiais hospitalares será aquele fixado pela edição mais recente da Revista SIMPRO Hospitalar, publicado pela SIMPRO Publicações e Teleprocessamento Ltda, com exceção das chamadas OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), que terá seu valor limite de cobertura calculado de forma específica e individualizada.

Os valores máximos da “Tabela ABAS 15 de Reembolso” para a cobertura de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) serão definidos previamente ao procedimento, caso a caso, considerando-se valores de mercado obtidos em cotações realizadas pela própria entidade, seguindo-se as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, ANS e/ou ANVISA.

12.2.4. Reembolso de diárias e taxas hospitalares

Os valores máximos da “Tabela ABAS 15 de Reembolso” para diárias e taxas hospitalares, bem como gases medicinais, serão calculados pela média dos valores constantes nos contratos firmados com 3 (três) hospitais credenciados diretamente pelo plano., sendo o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, o Hospital Samaritano de São Paulo e o Hospital Vera Cruz de Campinas.

12.2.5. Reembolso para internações psiquiátricas

Os valores máximos da “Tabela ABAS 15 de Reembolso” para internações psiquiátricas serão calculados com base no valor médio de mercado, com as cotações realizadas no mês de maio de cada ano.

Para casos de internações psiquiátricas, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia de internação, contínuos ou não, considerado o período dos últimos 12 meses, o Usuário estará submetido a coparticipação de 40% (quarenta por cento) sobre os limites reembolsáveis, independentemente de seu plano.

12.2.6. Reembolso de honorários não médicos da área da saúde

O valor máximo de reembolso para profissionais não médicos da área da saúde será de R\$100,00 (cem reais), por consulta e/ou sessão, seja ambulatorial, domiciliar ou hospitalar. Aplica-se para os seguintes serviços de assistência à saúde, sempre consideradas as Diretrizes de Utilização fixadas pela ANS:

- a) Fonoaudiologia;
- b) Fisioterapia;
- c) Terapia ocupacional;
- d) Psicologia; e/ou
- e) Nutrição.

12.3. Pagamento

O pagamento do reembolso se dará por meio de depósito bancário na conta do Associado Titular ou de outro Usuário do grupo familiar, desde que informado no ato da solicitação.

Prazos de pagamento:

- Consultas, exames e procedimentos ambulatoriais: até 10 (dez) dias úteis;
- Cirurgias e internações: até 20 (vinte) dias úteis.

Os prazos são contados a partir do envio da documentação completa.

Os reembolsos serão incluídos no Informe para efeito de Declaração de Imposto de Renda do Associado Titular.

Limites de reembolsos serão aplicados de forma individualizada quanto às quantias apresentadas para restituição, sendo observado cada rubrica prevista no código de cobertura (código TUSS).

No plano **Saúde ABAS 15** o limite para reembolso é a integralidade da tabela própria, enquanto no plano **Saúde ABAS Prata** o limite é de **50%** deste valor.

13. Contribuições

13.1. Composição

As contribuições mensais são compostas pelas seguintes parcelas para cada membro do grupo familiar:

- Mensalidades contributivas para cada membro do grupo familiar;
- Coparticipações conforme utilização do plano;
- Taxas administrativas, como segunda via de carteirinha devido a perda;
- Contribuições emergenciais em caráter excepcional, conforme previsto no Estatuto Social de 30 de outubro de 2020, Art. 42, b.

13.1.1. Contribuição Associativa

A mensalidade do plano é dividida por faixa etária conforme tabela abaixo:

Faixa Etária	Contribuição Mensal ⁽¹⁾	
	Plano Saúde ABAS 15 ⁽²⁾	Plano Saúde Abas PRATA ⁽³⁾
0 a 18 anos	R\$ 433,19	R\$ 327,48
19 a 23 anos	R\$ 544,27	R\$ 411,45
24 a 28 anos	R\$ 649,77	R\$ 491,20
29 a 33 anos	R\$ 760,84	R\$ 575,18
34 a 38 anos	R\$ 871,91	R\$ 658,40
39 a 43 anos	R\$ 977,42	R\$ 738,90
44 a 48 anos	R\$ 1.088,49	R\$ 822,86
49 a 53 anos	R\$ 1.593,89	R\$ 1.204,93
54 a 58 anos	R\$ 2.099,27	R\$ 1.586,98
59 anos ou mais	R\$ 2.599,09	R\$ 1.964,83

Notas / Observações:

(1) Valores expressos em reais.

(2) Coparticipação ambulatorial de 5% limitado a R\$ 5,00 por exame ou procedimento

(3) Coparticipação ambulatorial de 40% e tabela de reembolso reduzida em 50% em relação ao plano tradicional.

(4) Tabela com vigência a partir de junho/2021 a maio/2022 para o plano Saúde Abas Prata

(5) Tabela com vigência a partir de julho/2021 a junho/2022 para Saúde Abas 15

13.1.2. Coparticipações

Será cobrada coparticipação pela utilização fora do regime de internação:

Plano Saúde ABAS 15 (tradicional): 5% do valor de consultas, exames e/ou procedimentos ambulatoriais, **limitados a R\$ 5,00 (cinco reais) por evento**;

Plano Saúde ABAS Prata: **40% do valor** de consultas, exames e/ou procedimentos ambulatoriais, sem limitação.

Não haverá coparticipação em internações, assistência domiciliar e eventos oriundos de programas de medicina preventiva implementados e geridos pela própria entidade.



A partir de que momento o Usuário está em internação?

Atendimento de pronto socorro é um atendimento ambulatorial, ou seja, que gera uma coparticipação quando utilizado e o paciente é liberado em seguida.

Porém, caso este atendimento evolua para uma internação, não haverá cobrança de coparticipação.

A regra é aplicada para ambos os planos.

Internação psiquiátrica: independente do plano, o Usuário responde por 40% (quarenta por cento) sobre os limites reembolsáveis, a partir do 31º dia de internação, consecutivos ou não, a cada 12 (doze) meses.

13.1.3. Taxas de serviços

Em caso de perda do cartão da Unimed será cobrada uma taxa de R\$ 31,15 pela emissão da 2ª via a ser paga juntamente com a contribuição mensal.

Em caso de roubo, basta enviar uma cópia do boletim de ocorrência que haverá isenção da taxa.

O envio da solicitação e do boletim de ocorrência deve ser endereçada ao seu Consultor de Relacionamento.

13.2. Auxílio Saúde TRT

Cada TRT tem uma regra própria em relação ao custeio dos **valores de auxílio saúde**.

Orientamos que consulte a Secretaria de Administração de Pessoal do Tribunal ao qual está vinculado para informações precisas sobre valores e documentos.

Se necessário, a Saúde ABAS disponibiliza uma declaração com todas as informações indispensáveis para solicitação do auxílio.

Converse com seu Consultor de Relacionamento!

13.3. Reajuste

Os reajustes das mensalidades contributivas dos planos serão anuais, aplicados no mês do aniversário do contrato, ou seja, na data de adesão de cada Associado Titular.

O percentual será definido anualmente pelo Conselho de Administração, após as avaliações atuariais, considerando o histórico de sinistralidade, preservação de provisões técnicas e oscilações estatísticas de despesas assistenciais, podendo eventualmente não ocorrer o reajuste.

O cálculo será realizado por consultoria atuarial especializada, a fim de assegurar a sustentabilidade da associação.

13.4. Forma de Cobrança

As cobranças das contribuições mensais têm vencimento todo dia 23 de cada mês, referente ao mês vigente.

Para sua comodidade, a Saúde ABAS possui, até o momento, convênio para realização de desconto em folha de pagamento com os Tribunais do Trabalho da 2ª, 9ª e 15ª Regiões.

Associados de outros TRTs recebem boleto bancário para pagamento através do e-mail cadastrado. A segunda via do boleto está disponível no Portal do Usuário, no App Saúde ABAS, e ainda pode ser solicitada ao seu Consultor de Relacionamento.

13.5. Multa e Juros sobre Atraso de Pagamento

Em caso de atraso no pagamento, será aplicada multa de 2% (dois por cento) e juros diários de 0,033% (zero vírgula trinta e três centésimos por cento) sobre o valor das contribuições associativas e demais valores agregados, conforme estabelecido na Resolução do Conselho de Administração Nº 03, de 08/05/2020, Art.2º, parágrafo único.

14. Elaboração da Declaração de Imposto de Renda

É possível deduzir do Imposto de Renda despesas de saúde feitas pelo contribuinte (Associado Titular da Saúde ABAS) consigo ou com seus dependentes, conforme os critérios da Receita Federal do Brasil – RFB, incluindo:

- Valores pagos ao plano de saúde compostos pelas contribuições associativas mensais e coparticipações, caso ocorridas;
- Diferenças de valores de consultas e procedimentos médicos não reembolsadas integralmente pelo plano;
- Outras despesas de saúde não relacionadas ao plano, de acordo com as determinações da RFB.

Para realizar as deduções, é preciso escolher o tipo de declaração completa. Quem optar pelo modelo simplificado não pode fazer nenhum abatimento pois é concedido um desconto fixo. Por vezes, é conveniente fazer a simulação de ambos os modelos a fim de compreender qual oferece maior dedução. O próprio sistema da receita indica a opção mais vantajosa.

Ao fazer a Declaração do IR, deve-se discriminar, separadamente, as despesas de saúde de acordo com o CPF do titular e seus dependentes, conforme as normativas da RFB.

A partir de 28 de fevereiro de cada ano a Saúde ABAS disponibiliza ao Associado Titular o Informe de Pagamentos para fins de apuração de Imposto de Renda referente ao ano base anterior, diretamente no Portal do Usuário, no aplicativo Saúde Abas ou pela solicitação ao seu Consultor de Relacionamento.

Em função da maior flexibilidade em relação ao grau de parentesco dos beneficiários, o que possibilita constituir grupos familiares maiores nos planos Saúde ABAS, as deduções das despesas de saúde que podem constar na declaração de IR dos Associados Titulares limitam-se aos critérios estabelecidos pela RFB, ou seja, apenas seus dependentes.

Como deve ser feita a dedução de beneficiários não dependentes do titular sob a ótica da RFB e estão incluídos no mesmo grupo do Associado Titular de plano da Saúde Abas, tais como pais e sogros, irmãos, filhos maiores de 24 anos, netos e outros?

- 1) A Receita Federal do Brasil – RFB necessita de elementos que atestem que os valores gastos com estes beneficiários são legitimamente dedutíveis para um outro contribuinte, cujas despesas de saúde gastas consigo ou seus dependentes foram pagas indiretamente à Associação por meio de reembolsos mensais aos Associados Titulares do plano. Assim, o familiar nestas condições deve reter a comprovação de tais transferências de reembolsos ao Associado Titular para caracterizar a origem destes valores gastos.
- 2) Ao elaborar a sua Declaração de Imposto de Renda, o Contribuinte, que efetuou os reembolsos ao Associado Titular, pode se amparar nas informações constantes no próprio Informe de IR da Saúde ABAS, seguindo as diretrizes da RFB, e declarando detalhadamente os gastos por CPF.
- 3) Como este tipo de procedimento, apesar de plenamente amparado pela legislação, não é habitual, podem existir questionamentos por parte de RFB, a serem esclarecidos por meio da apresentação da documentação.
- 4) Qualquer dúvida adicional, a equipe da Saúde ABAS estará à disposição para maiores esclarecimentos.



Compreenda o embasamento legal

O Decreto Nº 9.580, de 22 de novembro de 2018, que regulamenta a tributação, a fiscalização, a arrecadação e a administração do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza, prevê, em seu anexo, Capítulo III, da dedução na declaração de ajuste anual, Seção I, Das despesas médicas:

Art. 73. Na determinação da base de cálculo do imposto sobre a renda devido na declaração de ajuste anual, poderão ser deduzidos os pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, e as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias (Lei nº 9.250, de 1995, art. 8º, caput, inciso II, alínea "a").

§ 1º Para fins do disposto neste artigo (Lei nº 9.250, de 1995, art. 8º, § 2º):

I - aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no País destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, e a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza;

II - restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte relativos ao próprio tratamento e ao de seus dependentes;

III - limita-se aos pagamentos especificados e comprovados, com indicação do nome, do endereço e do número de inscrição no CPF ou no CNPJ de quem os recebeu, e, na falta de documentação, ser feita indicação do cheque nominativo pelo qual foi efetuado o pagamento;

IV - não se aplica às despesas ressarcidas por entidade de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro; e

V - na hipótese de despesas com aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias, exige-se a comprovação com receituário médico e nota fiscal em nome do beneficiário.

§ 2º Na hipótese de pagamentos realizados no exterior, a conversão em moeda nacional será feita por meio da utilização do valor do dólar dos Estados Unidos da América, estabelecido para venda pelo Banco Central do Brasil para o último dia útil da primeira quinzena do mês anterior ao do pagamento.

§ 3º Consideram-se dedutíveis como despesas médicas os pagamentos relativos à instrução de pessoa com deficiência física ou mental, desde que a deficiência seja atestada em laudo médico e que o pagamento seja efetuado a entidades destinadas a pessoas com deficiência física ou mental.

§ 4º As despesas de internação em estabelecimento para tratamento geriátrico somente poderão ser deduzidas se o estabelecimento for qualificado como hospital, nos termos da legislação específica.

§ 5º As despesas médicas dos alimentandos, quando realizadas pelo alimentante em decorrência de cumprimento de decisão judicial ou de acordo homologado judicialmente, ou de escritura pública a que se refere o art. 733 da Lei nº 13.105, de 2015 - Código de Processo Civil, poderão ser deduzidas pelo alimentante na determinação da base de cálculo da declaração de ajuste anual (Lei nº 9.250, de 1995, art. 8º, § 3º).

15. Gestão da Associação

15.1. Estrutura e Responsabilidades

15.1.1. Assembleia de Associados

A Assembleia de Associados é o **órgão máximo da Saúde ABAS**, formada por todos os associados titulares, e dela dependem as diretrizes de toda a gestão da associação. Tem como responsabilidades e atribuições:

- Deliberar sobre qualquer assunto levado ao seu conhecimento pelo Conselho de Administração;
- Interpretar o Estatuto Social da associação, por solicitação do Conselho de Administração;
- Eleger os membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Ouvidoria;
- Destituição de membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Ouvidoria, por justa causa;
- Reformar o Estatuto Social, por proposta fundamentada do Conselho de Administração ou, ainda, por proposta de 1/5 (um quinto), pelo menos, dos associados titulares;
- Extinguir a associação, em sessão extraordinária com pauta exclusiva;
- Apreciar e aprovar relatórios anuais dos administradores e demonstrações contábeis e financeiras;
- Aprovar o orçamento para o período subsequente;
- Aprovar previamente transações patrimoniais extraordinárias e contratação de empréstimos com garantia real.

As reuniões ordinárias da Assembleia de Associados ocorrem nos meses de abril e outubro de todos os anos e a participação dos Associados Titulares nas suas deliberações pode ocorrer de forma presencial ou à distância.

15.1.2. Conselho de Administração

O Conselho de Administração possui como principais atribuições:

- Reunir-se, ordinariamente ou extraordinariamente, por convocação de qualquer de seus membros ou de seu Presidente, para tratar de assuntos pertinentes a gestão do plano;
- Elaborar e acompanhar a execução do planejamento estratégico da entidade, alinhado à missão e às finalidades institucionais;
- Regulamentar as coberturas oferecidas pelo Plano de Assistência Médico Hospitalar, por meio de Resoluções, respeitada a legislação;
- Deliberar sobre coberturas extraordinárias não previstas;
- Regulamentar os mecanismos para auditoria e regulação de acesso aos serviços assistenciais;
- Aprovar os programas de medicina preventiva, promoção de saúde e controle de doentes crônicos;

- Zelar pelas reservas financeiras, de forma a serem gerenciadas com eficiência e terem rendimentos condizentes com um perfil de risco adequado à associação;
- Monitorar e controlar o desempenho financeiro da entidade e seus respectivos registros contábeis;
- Assegurar a existência de um sistema de governança atuante e a adoção das melhores práticas de gestão disponíveis;
- Definir as rotinas operacionais para aprovações financeiras de pagamentos e alçadas dos respectivos responsáveis;
- Fixar, com base em parecer atuarial, os valores de contribuição, políticas de reajustes e, a seu critério, de mecanismos de coparticipação nas despesas assistenciais;
- Acompanhar e avaliar o desempenho do executivo principal;
- Definir a remuneração e benefícios do executivo principal e demais empregados da estrutura técnica e operacional;
- Contratar auditoria independente;
- Avaliar os trabalhos e conclusões de auditoria independente e agir a partir dos resultados apresentados;
- Aprovar as demonstrações financeiras para que sejam disponibilizadas às partes interessadas e ao parecer dos auditores;
- Submeter as propostas de alterações ou reformas estatutárias à deliberação da Assembleia de Associados;
- Aprovar a exclusão de Associados Titulares por justa causa;
- Garantir a integridade legal e ética dentro da associação, zelando para que as políticas e normas sejam cumpridas, bem como o atendimento às leis, estatuto e às prestações de contas diversas.

15.1.3. Presidente do Conselho de Administração

O Presidente do Conselho de Administração tem como principais atribuições:

- Representar a Saúde ABAS, ativa, passiva, judicial ou extrajudicialmente;
- Coordenar os trabalhos do Conselho de Administração para reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Atribuir responsabilidades e prazos para que os conselheiros cumpram tarefas específicas;
- Definir as deliberações do Conselho de Administração que, de acordo com sua especificidade, devam ser tratadas com confidencialidade, especialmente quando abordarem temas de interesse estratégico e/ou que envolvam questões sensíveis intrínsecas ou extrínsecas à associação ou a seus associados titulares;
- Apoiar o processo de renovação dos membros do Conselho de Administração, promovendo a integração de novos conselheiros;

Convocar e presidir a Assembleia de Associados para sessões ordinárias e extraordinárias;

- Assinar, juntamente com o Primeiro Conselheiro de Administração, os contratos que impliquem responsabilidade financeira, inclusive os de natureza assistencial ou que envolvam bens, autorizando a liberação dos respectivos valores;
- Aprovar despesas de administração, de acordo com as responsabilidades definidas pelo Conselho de Administração.
- Supervisionar a administração e as atividades da associação.

15.1.4. Conselho Fiscal

O Conselho Fiscal possui como principais competências:

- Fiscalizar os atos dos administradores e verificar o cumprimento dos deveres legais e estatutários da entidade;
- Analisar o balancete e as demais demonstrações financeiras elaboradas periodicamente pela associação, emitindo os respectivos pareceres;
- Opinar sobre o relatório anual da administração, fazendo constar em seu parecer as informações complementares que julgar necessárias ou úteis à deliberação da Assembleia de Associados;
- Opinar sobre as propostas dos demais órgãos da administração a serem submetidas à Assembleia de Associados, relativas às operações patrimoniais relevantes;
- Denunciar suspeitas de erros, fraudes e crimes de que tomem conhecimento, e demandar providências ao Conselho de Administração ou à Assembleia de Associados;
- Quando julgar necessário, convocar reuniões com os auditores independentes e com a Assembleia de Associados.

15.1.5. Ouvidoria

A Ouvidoria tem como principais responsabilidades:

- Receber manifestações de Usuários, empregados e prestadores de serviços em geral, tais como elogios, sugestões, consultas, críticas, opiniões, denúncias ou reclamações, de forma a oferecer-lhes tratamento pertinente e adequado;
- Definir o posicionamento da associação diante de situações de conflito, sempre buscando resolver os conflitos que surgirem, subsidiando o aperfeiçoamento dos processos de trabalho, buscando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento;
- Encaminhar eventuais conflitos não resolvidos, incluídas as solicitações de associados visando a concessão de coberturas extraordinárias, para a análise e deliberação do Conselho de Administração;
- Recomendar alterações nos processos de trabalho da entidade por meio de sugestões, visando ao aperfeiçoamento dos serviços prestados.

15.1.6. Executivo principal

O Executivo Principal é a liderança da equipe operacional e possui a responsabilidade pela gestão administrativo-financeiras do plano relacionadas às partes interessadas, em especial, apoiando o Conselho de Administração e o Conselho Fiscal em todos os assuntos técnicos e administrativos. Entre as diversas responsabilidades do Executivo Principal, destacam-se:

- Zelar pela integridade das movimentações financeiras da associação;
- Assegurar o atendimento às obrigações legais e regulatórias;
- Coordenar a equipe interna, e a integração com prestadores de serviço e especialistas.

15.2. Eleições

Os membros do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e da Ouvidoria serão eleitos pela Assembleia de Associados e terão mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reeleitos por até 2 (dois) mandatos consecutivos.

Deverão ser constituídas e registradas chapas que contemplem todos os cargos do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e da Ouvidoria, não havendo limite para o número de chapas concorrentes. Será eleita a chapa que obtiver o maior número de votos.

A votação será secreta, cabendo à Comissão Eleitoral, nomeada pelo Conselho de Administração, a implementação dos procedimentos que garantam a transparência e o sigilo do processo. O voto, quando a distância, será realizado por meio eletrônico.



Para saber mais sobre o processo eleitoral

O Estatuto Social da Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juizes do Trabalho da 15ª Região, de 30 de outubro de 2020, estabelece, em mais detalhes, o rito do processo eleitoral nos artigos 27 a 32.

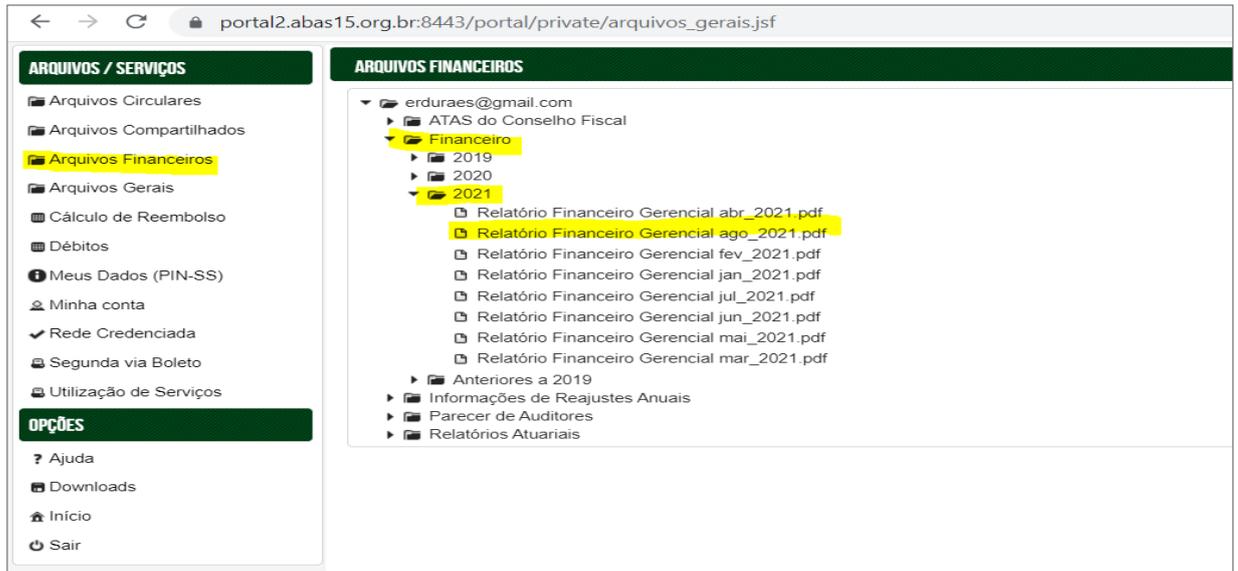
15.3. Prestação de Contas

15.3.1. Relatórios de Prestação de Contas

Mensalmente, são elaborados Relatórios Financeiros-Gerenciais que, após apresentados e aprovados pelo Conselho de Administração, são publicados no Portal do Usuário, ficando disponíveis para consulta a qualquer tempo.

Os relatórios estão disponíveis no Portal do Usuário, que pode ser acessado no site da Saúde ABAS, www.saudeabas.org.br, clicando no Botão Portal do Usuário; depois, escolha a opção Arquivos Financeiros no menu; escolha Financeiro e o ano que quer consultar. Depois, é só clicar sobre o arquivo que abre na tela e pode ser salvo em seu equipamento.

A figura a seguir ilustra a forma de busca dentro do Portal:



Além disso, também é realizado um relatório Anual chamado Relatório de Gestão, onde são apresentados os dados compilados do período e comparações com anos anteriores. Este relatório fica disponível também no site da Saúde ABAS e é apresentado aos associados na assembleia de abril.

15.3.2. Auditorias Independentes

Trimestralmente, as contas da associação são submetidas à apreciação de uma empresa de auditoria independente, que emite seu parecer, o qual é avaliado pelos Conselhos Administrativo e Conselho Fiscal.

Caso identificada qualquer irregularidade na contabilização das operações ou erros de gestão em relação a regulamentação setorial, será apontada nos relatórios enviados à ANS a cada trimestre, semestre e ano.

A empresa de Auditoria Independente deve, obrigatoriamente, ser substituída a cada 5 anos, conforme regras e legislação vigente, a fim de assegurar a sua imparcialidade e evitar vícios de avaliação.

15.3.3. Acompanhamento pelo Conselho Fiscal

Trimestralmente e ao término do exercício fiscal, os demonstrativos contábeis e pareceres da auditoria independente são submetidos à apreciação do Conselho Fiscal, o qual emite pareceres acerca da situação das contas da associação.

15.3.4. Aprovação de contas

Além do acompanhamento das contas na forma do item anterior, o Conselho Fiscal, quando necessário, deve sugerir a adoção de medidas imprescindíveis para manter a saúde financeira da associação. O Conselho Fiscal também sugere medidas, quando necessário, para manter a saúde financeira da associação.

As Atas das reuniões do Conselho Fiscal ficam disponíveis no Portal do Usuário, na aba Financeiro, Atas das Reuniões do Conselho Fiscal.

15.4. Responsabilidades pela Gestão da Saúde ABAS

15.4.1. Responsável Legal

Dr. Gerson Lacerda Pistori
Presidente do Conselho de Administração

15.4.2. Responsável Técnica Médica

Maestria Gestão em Educação e Saúde – ME
CNPJ: 21.540.905/0001-24
Dr. Marcelo Travessa Martins Pereira Pinto
CRM 668923/RJ

15.4.3. Responsável Atuarial

Funcional Health Tech Soluções em Saúde LTDA
CNPJ: 03.322.366/0001-75
CIBA: 098

15.4.4. Responsável Contábil

Empresarial Contabilidade Sociedade Simples LTDA
CNPJ: 04.995.715/0001-82
Julio Cesar Bachi Jardim
CRC: 1SP165.217/O-0

15.4.5. Responsável pela Auditoria Contábil Independente

AUDIOESP – Auditoria e Consultoria S/S
CNPJ: 52.350.063/0001-71
CRC no 2SP013587/O-8
Jamir Tomaz Oliveira
CRC no 1SP100506/O-8
Ato Declaratório CVM no 8292/05

15.4.6. Responsável junto à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

Einstein Romero Durães

Executivo Principal da Saúde ABAS

15.4.7. Responsável Junto à ANPD – Autoridade Nacional de Proteção de Dados

Einstein Romero Durães

Executivo Principal da Saúde ABAS

16. Tratamento de Dados Pessoais

A Saúde ABAS sempre primou pela privacidade dos seus Usuários.

Com a vigência da Lei nº 13.709/18 - Lei Geral de Proteção de Dados – a coleta de dados pessoais e dados pessoais sensíveis são feitas exclusivamente com a finalidade de viabilizar o cumprimento das obrigações contratualmente assumidas, em que se incluem:

- cumprimento de obrigações legais e regulatórias, como, por exemplo exigências da ANS;
- execução da prestação de serviços assistenciais e de procedimentos preliminares a associação de titulares e seus beneficiários;
- proteção da vida ou da incolumidade física do titular dos dados ou de terceiros;
- tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;
- garantia de prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, resguardados os direitos previstos em lei;
- realização de estudos, garantida a anonimização dos dados pessoais.

Para qualquer outra finalidade não prevista acima, e que não faça parte do objeto social constante no estatuto da associação, o tratamento de Dados Pessoais deverá ser feito mediante o fornecimento de consentimento pelo titular, tendo este assegurado o direito de revogação do uso e eliminação dos dados, caso seja de seu desejo, como benefícios adicionais. Isto inclui a participação em convênios de descontos e benefícios na compra de medicamentos e serviços não assistenciais relacionados à saúde e ao bem-estar, como, por exemplo:

- utilização de seguros para viagens internacionais;
- descontos em compras de medicamentos por meio de convênios com redes de farmácias;
- outros benefícios, além das obrigações regulamentadas pela ANS que excedem o escopo legal dos serviços do plano e são opcionais.

A Saúde ABAS mantém-se alinhada com as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, que tem como fundamentos, entre outros:

- o respeito à privacidade e a autodeterminação informativa;
- liberdade de expressão, de informação, de comunicação, de opinião;

- inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem;
- os direitos humanos, o livre desenvolvimento da personalidade, a dignidade e o exercício da cidadania pelas pessoas naturais.

Como controladora e operadora de dados pessoais, a Saúde ABAS estabeleceu e vem aprimorando os cuidados com o tratamento de dados, disponibilizando sua Política de Privacidade de Dados no website <<https://www.saudeabas.org.br/politicadeprivacidade>>.

O Usuário tem direito ao acesso facilitado às informações sobre o tratamento de seus dados, fazendo seus questionamentos diretamente ao Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais, por meio do e-mail privacidade@saudeabas.org.br.



Compreenda o embasamento legal

As diretrizes do tratamento de dados pessoais são embasadas na Lei Federal Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 e suas alterações, denominada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e nos atos normativos da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

Para os fins de melhor compreensão, contemplamos, a seguir, algumas das principais definições constantes no Art. 5º da LGPD:

- **dado pessoal:** *informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável;*
- **dado pessoal sensível:** *dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;*
- **dado anonimizado:** *dado relativo a titular que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento;*
- **titular:** *pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento;*
- **controlador:** *pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;*
- **operador:** *pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador.*

A fim de assegurar a segurança e a privacidade dos dados pessoais e dos dados pessoais sensíveis dos Usuários, a Saúde ABAS vem, ao longo do tempo, fazendo maciços investimentos na área de TI, adotando as melhores práticas na governança dos dados, bem como a capacitação e treinamento dos Colaboradores.

17. Falecimento do Associado Titular

Em caso de falecimento do Associado Titular, os demais membros do grupo familiar podem permanecer no plano desde que, no prazo de 60 (sessenta) dias corridos, contados da data do óbito, um associado no gozo de sua capacidade civil plena, assuma a titularidade enviando formalmente a Carta de Alteração de Titularidade ao plano, na qual declare expressamente sua responsabilidade pelos encargos financeiros futuros de todo o grupo familiar e os pagamentos pendentes, se houver, conforme previsto no Art. 33, § 2º do Estatuto Social.

18. Histórico de Revisões

Data	Revisão	Descrição
12.12.2023	02	Atualização da tabela de valores, item 13.1.1. Atualização de telefone de atendimento 0800.
16.03.2023	01	Correção do item 3.2.
01.06.2022	00	Emissão do Documento