

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO Nº 01, de 24 de março de 2022.

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.

O **Conselho de Administração da Saúde ABAS** no uso das atribuições conferidas pelo Artigo 13 do Estatuto Social da Associação Beneficente de Assistência à Saúde dos Juizes do Trabalho da 15ª Região, aprovado em 30 de outubro de 2020,

CONSIDERANDO a promoção do caráter mutualista da iniciativa autogerida,

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

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

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

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

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

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

- a) os empregados e ex-empregados da Saúde ABAS;
- b) os pensionistas e os Beneficiários dos Associados Titulares desde que façam opção expressa pelo ingresso em até 60 (sessenta) dias corridos da data de falecimento do Associado Titular.

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

- a) Pedido de Adesão,
- b) Declaração de Dependentes e Beneficiários,
- c) Declarações de Saúde,
- d) Cópias dos seguintes documentos: Carteira Funcional; Registro Geral, CPF, comprovante de endereço, certidão de casamento, certidão de nascimento, sentença judicial concedendo a guarda judicial de criança e adolescente e carteira nacional de saúde;

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

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

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

VI - Estando em conformidade o pedido de adesão apresentado, será submetido para deliberação final do Conselho de Administração na reunião mensal ordinária.

- a) Na hipótese de o Pedido de Adesão ser apresentado após a reunião ordinária mensal do Conselho de Administração, caberá ao seu Presidente a deliberação *ad referendum* do Conselho;
- b) De forma excepcional, a deliberação da análise final do pedido de adesão pelo Conselho de Administração poderá ocorrer em até de 90 (noventa) dias, nos termos do §3º, Art. 33 do Estatuto Social;

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

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

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

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

§2º - O prazo máximo para a apresentação de requisições do Departamento Médico sobre possíveis doenças e lesões prévias, por parte do candidato, incluindo-se a apresentação de resultados de exames e outros documentos pleiteados durante a avaliação prévia de saúde, será de até 30 (trinta) dias corridos contados da solicitação. A não apresentação dos documentos acarretará o reconhecimento da Doença ou Lesão Preexistente (DLP) indicada pelo Departamento Médico da entidade.

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

- a) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- b) 180 (cento e oitenta) dias para todas as demais coberturas;
- c) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência, limitada às primeiras 12 (doze) horas do atendimento e observado o previsto na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU N° 13, de 03 de novembro de 1998, que regula o conceito de atendimento de urgência e emergência.

Parágrafo Único: Estarão isentos do cumprimento de carências e avaliação prévia de saúde os candidatos a Associados Titulares e seus respectivos Dependentes e Beneficiários que tiverem a sua solicitação de adesão ao sistema autogerido registrada em até 30 (trinta) dias corridos da data de seu ingresso como integrante do Poder Judiciário Trabalhista.

Artigo 6º - A cobertura parcial temporária e o agravo serão aplicados na forma da legislação setorial.

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

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

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

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

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

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

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

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

Artigo 10 - Será considerada justa causa para a exclusão do Associado Titular, seus Dependentes e/ou Beneficiários, as seguintes situações:

a) Permanecer inadimplente por mais de 30 (trinta) dias, cumulativos, considerados os últimos 12 (doze) meses de vínculo, após a notificação referida no Artigo 47, § 2º, do Estatuto;

b) Em caso de fraude em processos de reembolso ou utilização de rede credenciada, devidamente comprovada e objeto de decisão judicial;

c) Fraude por omissão de doença ou lesão preexistente.

Artigo 11 - A exclusão do plano por justa causa deverá ser avaliada e ratificada pelo Conselho de Administração, assegurado o direito de ampla defesa e contraditório ao Associado Titular. Da decisão de exclusão, caberá recurso fundamentado ao próprio Conselho de Administração, apresentado em até 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento da notificação da decisão.

Artigo 12 - Casos de suspeitas de fraude, praticados com a participação direta ou indireta de Usuários do plano, quando identificados pela equipe Técnica e Operacional, serão notificados ao Conselho Fiscal, que irá apurar os fatos e encaminhar parecer ao Conselho de Administração, que será responsável pela abertura do processo de exclusão por justa causa.

Artigo 13 - Revogam-se as disposições em contrário.

Artigo 14 - A presente Resolução entrará em vigor em 30 (trinta) dias a partir da publicação no site da entidade.

Campinas, 24 de março de 2022.

Dr. Gerson Lacerda Pistori – Presidente do Conselho de Administração.

Dr. Samuel Hugo Lima – Primeiro Conselheiro de Administração.

Dr. Antônio Miguel Pereira – Conselheiro de Administração.

Dra. Marilda Iziqhe Chebabi – Conselheira de Administração.

Dra. Rosemeire Uehara Tanaka – Conselheira de Administração.

Dra. Antonia Santana – Conselheira de Administração Suplente.

Dr. Hamilton Scarabelim – Conselheiro de Administração Suplente.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Certisign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://www.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/51E2-612C-5433-0CFA> ou vá até o site <https://www.portaldeassinaturas.com.br> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 51E2-612C-5433-0CFA



Hash do Documento

6A161C2198113DCF8E5D754A864476A84C816DEEF2DE0C9D4A1E57974538930A

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 30/03/2022 é(são) :

- Antonia Santana - 007.239.418-82 em 30/03/2022 17:39 UTC-03:00
Nome no certificado: Antonia Sant Ana
Tipo: Certificado Digital
- Marilda Izique Chebabi - 305.975.018-15 em 30/03/2022 14:27 UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital
- Rosimeire Uehara Tanaka - 065.081.918-70 em 30/03/2022 14:13 UTC-03:00
Nome no certificado: Rosemeire Uehara Tanaka
Tipo: Certificado Digital
- Gerson Lacerda Pistori - 522.573.558-49 em 30/03/2022 12:25 UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital
- Hamilton Luiz Scarabelim - 776.751.858-20 em 28/03/2022 14:03 UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital
- Samuel Hugo Lima - 775.755.558-20 em 25/03/2022 17:06 UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital
- Antonio Miguel Pereira - 071.726.808-04 em 25/03/2022 13:56 UTC-03:00
Tipo: Certificado Digital

