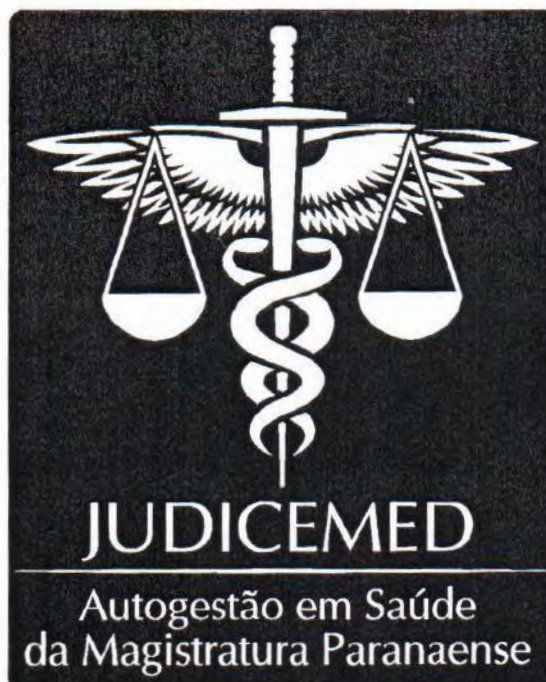




98-127-71



**REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO
HOSPITALAR DOS MAGISTRADOS NO ESTADO DO PARANÁ -
JUDICEMED**

Registro na ANS nº 417955

2º OFÍCIO DISTRIBUIDOR
Requisito de Títulos e Documentos
Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Rua Mal. Cândido 320 - Sala 504
Fone: (41) 3017-1600 - Curitiba - PR

Assinaturas manuscritas

Rua Alberto Folloni, 541 / 543 • 3º Andar • Ahú • 80540-000 • Curitiba - PR Fone: (41) 3017-1600 • Fax: (41) 3017-1601

ANS nº 41795-5

• www.JUDICEMED.com.br • e-mail: administrativo@JUDICEMED.com.br

SUMÁRIO



2º OFÍCIO DISTRIBUIDO
Registro de Títulos e Documentos
Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Rua Mar. Deodoro, 320 - São João
Fone: (41) 3225-3905 - Curitiba - PR

CAPÍTULO I	5
DA FINALIDADE	5
NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	6
CAPÍTULO III	6
DO TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	6
CAPÍTULO IV	6
DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	6
CAPÍTULO V	6
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	6
CAPÍTULO VI	7
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	7
CAPÍTULO VII	7
DO OBJETO E NATUREZA DO REGULAMENTO	7
DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO NO PLANO	8
CAPÍTULO IX	13
DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	13
DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL	13
DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR	15
DAS COBERTURAS EM SAÚDE MENTAL	15
DOS TRANSPLANTES E DAS DESPESAS COM SEUS PROCEDIMENTOS VINCULADOS	19
CAPÍTULO X	20
EXCLUSÕES DE COBERTURA	20



2º OFÍCIO DISTRIBUIDOR
Registro de Títulos e Documentos
Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Rua Mai. Deodoro, 320 - Sala 504
Fone: (41) 3226-3905 - Curitiba - PR

CAPÍTULO XI	22
DURAÇÃO DO CONTRATO	22
CAPÍTULO XII	23
PERÍODOS DE CARÊNCIA	23
CAPÍTULO XIII	24
DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	24
CAPÍTULO XIV	24
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	24
REMOÇÃO	26
CAPÍTULO XV	26
ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	26
CAPÍTULO XVI	27
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	27
CAPÍTULO XVII	30
FORMAÇÃO DO PREÇO	30
CAPÍTULO XVIII	31
REAJUSTE	31
CAPÍTULO XIX	32
FAIXAS ETÁRIAS	32
CAPÍTULO XX	34
REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	34
CAPÍTULO XXI	34
CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS	34



4

CAPÍTULO XXII.....	34
CONDIÇÕES DA PERDA E DO REINGRESSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	34
CAPÍTULO XXIII	35
RESCISÃO	35
CAPÍTULO XXIV	35
DISPOSIÇÕES GERAIS	35
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	35
1. TRATAMENTO DE CRÔNICOS	35
2. INTERNAÇÕES DOMICILIARES	36
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	39
CAPÍTULO XXV	41
ELEIÇÃO DO FORO	41

2º OFÍCIO DISTRIBUIDOR
Registro de Títulos e Documentos
Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Rua Mal. Deodoro, 320 - Sala 504
Fone: (41) 3225-3905 - Curitiba - PR

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR DOS MAGISTRADOS NO ESTADO DO PARANÁ - JUDICEMED

CAPÍTULO I DA FINALIDADE



Art. 1 - O presente Regulamento tem por finalidade disciplinar a concessão dos benefícios de assistência à saúde oferecidos aos beneficiários vinculados ao plano de assistência à saúde da Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná- **JUDICEMED** – CNPJ nº 07.945.024/0001-62, doravante denominada **JUDICEMED**, com registro de autorização de funcionamento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº **41795-5**. (Alterado em reunião da Diretoria de 05/07/2016)

§1º O plano de assistência à saúde da **JUDICEMED**, além do Presidente, dos Diretores, do Conselho Gestor e do Conselho Fiscal previstos no Estatuto de sua constituição, é administrado por um Superintendente e por um Médico Auditor.

§2º A **JUDICEMED** é um plano de saúde privado, na modalidade de autogestão, não patrocinado e sem mantenedor, sem fins lucrativos, fechado, criado pela Associação dos Magistrados do Paraná - **AMAPAR**, para atender às finalidades de prevenção da doença e de recuperação da saúde dos seus beneficiários inscritos, através da assistência à saúde e de seus instrumentos de saúde preventiva. (Art. 9º)

§3º - O plano de assistência à saúde **JUDICEMED** é regulamentado pela Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998, e demais normas emanadas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§4º - É custeado por contribuições mensais individuais de seus beneficiários, na modalidade de pré-pagamento.

§5º - Tem as contribuições determinadas através de cálculos atuariais distribuídos por faixas etárias, visando o equilíbrio demográfico-financeiro.

2º OFÍCIO DISTRIBUIDOR
Registro de Títulos e Documentos
Registro Civil de Pessoas Jurídicas
Rua Mal. Deodoro, 420 - Sala 604
Fone: (41) 3226-3905 - Curitiba - PR



NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Art. 2 - Produtos oferecidos: (Alterado em reunião da Diretoria de 05/07/2016)

PLANO JUDICEMED

Número de Registro - 464832113

JUDICEMED FAMÍLIA

Número de Registro - 468298120

CAPÍTULO III

DO TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Art. 3 - O contrato firmado é do tipo **COLETIVO POR ADESÃO**, entendido como aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas de associados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependente.

CAPÍTULO IV

DO TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

Art. 4 - O tipo de segmentação assistencial do contrato firmado entre as partes será: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia.

CAPÍTULO V

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Art. 5 - A área em que a **JUDICEMED** fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário limita-se ao Estado do Paraná, em todos os seus municípios.



CAPÍTULO VI

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 6 - As internações hospitalares serão efetuadas em apartamento com banheiro privativo, com direito a 01 (um) acompanhante para pernoite, sem cobertura para a alimentação deste, salvo na hipótese do artigo 21, letra "d".

§1º - No caso de inexistência das acomodações previstas no "caput" deste artigo fica assegurada internação em acomodações superiores, se houver, sem custos adicionais, conforme estabelece o art. 33 da Lei nº 9.656/98.

§2º - Os beneficiários poderão optar por acomodações de nível superior ao previsto no "caput" deste artigo. Neste caso, ficarão obrigados a pagar diretamente aos médicos assistentes e anestesistas as diferenças de honorários médicos e, diretamente ao hospital, as diferenças com as despesas hospitalares.

CAPÍTULO VII

DO OBJETO E NATUREZA DO REGULAMENTO

Art. 7 - O presente Regulamento tem por objetivo assegurar, na forma definida em suas cláusulas, em conformidade com a Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e sua regulamentação, a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro a assistência médico-hospitalar, de todo o Rol de Procedimentos editado pela ANS e com cobertura para todas as doenças descritas no CID-10, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, integrantes de rede credenciada, contratada ou referenciada, aos seus beneficiários abrangidos por este contrato, quando atingidos por eventos mórbidos e aleatórios.

Parágrafo Único: A JUDICEMED se compromete a prestar, à massa delimitada de beneficiários e seus dependentes com vínculo associativo à ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - AMAPAR e que venham a aderir de forma espontânea ao presente Regulamento através da Ficha de Adesão, assistência médica **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**, da seguinte forma:

- a) Assistência Médico-Hospitalar baseada no sistema de faculdade de acesso, com atendimento de médicos, hospitais, entidades médicas especializadas e laboratórios que pactuem com a Rede Credenciada e/ou Referenciada no Estado do Paraná, na forma e condições deste Regulamento;
- b) Assistência Médico-Hospitalar baseada no sistema de livre escolha com reembolso, por médicos, hospitais, entidades especializadas e laboratórios, de acordo com os valores previstos pela tabela da Associação Médica Brasileira - AMB, nos limites praticados pela JUDICEMED, fora da rede Credenciada e/ou Referenciada.

Art. 8 - O presente Regulamento traça as diretrizes do plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão, revestindo-se, portanto, de bilateralidade, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, em consonância com o disposto nos artigos 475, 476, 477 e 472 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), considerando-se, ainda, esta avença um contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 da mesma Lei, assumindo os beneficiários, o risco de não existir a cobertura da referida assistência, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da **JUDICEMED** em garanti-la. Outrossim, este Regulamento se sujeita às normas estatuídas pela Lei Federal nº 9656, de 03 de junho de 1998 e a legislação específica que vier a sucedê-la.



CAPÍTULO VIII

DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO NO PLANO

Art. 9 - Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que possua ligação com a Operadora, instituidora, mantenedora ou Patrocinadora de caráter profissional, classista ou setorial.

Art. 10 - São denominados beneficiários da **JUDICEMED**, os magistrados do Paraná, associados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR** e à MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE, em dia com suas obrigações para com ela, obedecendo as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 11 - É condição para o beneficiário participar do Programa de Assistência Médica e Hospitalar da **JUDICEMED**, ser membro da Magistratura no Estado do Paraná, bem como ser associado da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR** e participar da MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE.

§1º - Poderão ser admitidos como beneficiários no **PLANO JUDICEMED** ainda: (Alterado em reunião da Diretoria de 05/07/2016)

- a) O cônjuge ou companheiro (a) com, pelo menos, 2 (dois) anos de vida em comum com o titular, sob o mesmo teto, ou que tenha filho em comum; (Alterado em reunião da diretoria de 13/02/2014)
- b) Os filhos, enquanto solteiros, menores de 21 (vinte e um) anos ou de até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários, desde que vivam comprovadamente sob a dependência econômica do beneficiário titular;
- c) Os filhos portadores de incapacidade total, desde que o evento incapacitante tenha se dado até os 24 anos de idade;
- d) Os pensionistas, na qualidade de sócios vinculados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR**;

- e) Os pais de beneficiário titular, desde que vivam sob sua real dependência econômica, nos termos da legislação da Previdência Social e do Imposto de Renda, e mediante análise e aprovação pelo Conselho Gestor;
- f) Filhos de beneficiários que perderam a condição de dependentes, agora maiores de 24 anos, facultativos, desde que requeiram inscrição no prazo máximo de 60 (sessenta) dias no plano JUDICEMED FAMÍLIA, com respectivos cônjuges e filhos; (Alterado em reunião da Diretoria de 30/01/2012)
- g) O ex-cônjuge ou ex-companheiro (a) de beneficiário titular que romper vínculo matrimonial ou de convivente, quando solicitado pelo beneficiário titular, desde que, mantenha a condição de pagamento com desconto em folha. (Alterado em reunião da Diretoria de 12/04/2016)

§2º - São equiparados à condição de filho natural ou adotivo: o menor sob guarda e o enteado, o curatelado e o tutelado, enquanto durar essa condição e desde que o titular apresente a comprovação da dependência econômica nos termos da legislação da Previdência Social e do Imposto de Renda. (Alterado em reunião da Diretoria de 30/01/2012)

§3º - É vedada a inscrição dos ascendentes como dependentes, ressalvada a hipótese da letra "e" do parágrafo 1º deste artigo.

§4º - Poderão ser admitidos como beneficiários no **JUDICEMED FAMÍLIA**, o grupo familiar do Magistrado, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, em linha reta conforme prevê o artigo 5º, alínea c, do Estatuto da JUDICEMED, sendo: (Alterado em reunião da Diretoria de 05/07/2016)

- a) Os filhos, após 24 anos, considerados assim: titulares facultativos;
- b) Os genros ou noras do Magistrado titular;
- c) Os netos do Magistrado titular;
- d) Os bisnetos do Magistrado titular;
- e) Os pensionistas, na qualidade de sócios vinculados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ – **AMAPAR**;
- f) Viúvos de facultativos, e seus dependentes, desde que façam opção pela **JUDICEMED** no prazo máximo de 60 dias após o óbito do beneficiário titular;



Art. 12 - Os beneficiários enumerados no artigo 11º só terão direito à percepção dos benefícios previstos neste Regulamento, após deferimento de sua inscrição na **JUDICEMED**.

Parágrafo único: Após deferimento de sua inscrição e entrega de toda documentação pertinente, a JUDICEMED terá um prazo de 3 (três) dias úteis para efetivação do cadastro. (Alterado em reunião da Diretoria de 12/04/2016)

Art. 13 - Para inscrição de beneficiários serão exigidos os seguintes documentos: (Alterado em reunião da Diretoria de 12/04/2016)

§1º - Magistrado titular:

- a) Comprovante de filiação à Associação dos Magistrados do Paraná – **AMAPAR** e da participação na MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE.
- b) Ficha cadastral datada e assinada;
- c) Questionário de saúde;
- d) Carta de orientação;
- e) Autorização para desconto em folha de pagamento;
- f) Foto 3x4;
- g) Cópia RG e CPF;
- h) Comprovante de endereço.



§2º - Cônjuge ou Companheiro (a):

- a) Ficha cadastral datada e assinada;
- b) Questionário de saúde;
- c) Carta de orientação;
- d) Autorização para desconto em folha de pagamento;
- e) Foto 3x4;
- f) Cópia do RG e CPF;
- g) Cópia da certidão de casamento ou declaração expressa do beneficiário titular, por instrumento público, reconhecendo o estado de união estável de acordo com a legislação em vigor;
- h) Comprovante de endereço.

§3º - Filhos, enteados, tutelados, solteiros de até 18 anos e para os de até 24 anos de idade, se estudante, documentos esses que deverão ser renovados sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição, sendo que os documentos referentes à matrícula em instituição de ensino superior deverão ser apresentados anualmente, até o mês de março. (Alterado em reunião da Diretoria de 30/01/2012)

- a) Ficha cadastral datada e assinada;
- a) Questionário de saúde;
- b) Carta de orientação;
- c) Autorização para desconto em folha de pagamento;
- d) Foto 3x4;



- e) Cópia RG e CPF, se tiver, caso contrário, certidão de nascimento;
- f) Comprovante de endereço;
- g) Espelho de matrícula comprovando estar cursando o 3º grau.

§4º - Filhos inválidos:

- a) Ficha cadastral datada e assinada;
- b) Certidão de nascimento;
- c) Comprovante de invalidez de acordo com a legislação vigente da Previdência Social e Imposto de Renda;
- d) Requerimento de inscrição firmado pelo beneficiário titular;
- e) Questionário de saúde;
- f) Carta de orientação;
- g) Autorização para desconto em folha de pagamento;
- h) Foto 3x4;
- i) Cópia RG e CPF;
- j) Comprovante de endereço.

§5º - Pais dependentes ou inválidos:

- a) Ficha cadastral datada e assinada;
- b) Requerimento de inscrição firmado pelo beneficiário titular;
- c) Declaração de dependência de acordo com a legislação vigente, Previdência Social e Imposto de Renda;
- d) Questionário de saúde;
- e) Carta de orientação;
- f) Autorização para desconto em folha de pagamento;
- g) Foto 3x4;
- h) Cópia RG e CPF;
- i) Comprovante de endereço.

§6º - Viúvos de beneficiários e seus dependentes, migrando para o plano JUDICEMED FAMÍLIA:

- a) Ficha cadastral datada e assinada;



- b) Cópia de certidão de óbito;
- c) Questionário de saúde;
- d) Carta de orientação;
- e) Autorização de pagamento na condição de débito em conta ou boleto bancário;
- f) Foto 3x4;
- g) Cópia RG e CPF;
- h) Comprovante de endereço.

§7º - Filho de beneficiário que perdeu a condição de dependente, migrando para o plano JUDICEMED FAMÍLIA: (Alterado em reunião da Diretoria de 05/07/2016)

- a) Ficha cadastral datada e assinada;
- b) Requerimento de inscrição firmada pelo beneficiário titular;
- c) Questionário de saúde;
- d) Carta de orientação;
- e) Autorização de pagamento na condição de débito em conta ou boleto bancário;
- f) Foto 3x4;
- g) Cópia RG e CPF;
- h) Comprovante de endereço.

Art. 14 - É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho do titular, no plano como dependente, mediante comunicação por escrito, nos 30 (trinta) primeiros dias após o parto, munido de certidão de nascimento ou termo de adoção registrado em cartório, desde que tenha nascido na vigência do contrato, isento do cumprimento dos períodos de carências, de cobertura parcial temporária ou agravo, obedecendo-se às exclusões e limitações previstas e/ou optadas neste Regulamento. (Alterado em reunião da Diretoria de 30/01/2012)

§1º - No mesmo prazo, contado da data do casamento ou do reconhecimento de união estável (art. 13, § 2º), deverão ser inscritos os cônjuges ou companheiros, de modo a evitar os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento. (Alterado em reunião da Diretoria de 21/11/2011)

Art. 15 - Em caso de inscrição de filho do titular, menor de 12(doze) anos de idade, adotado ou reconhecido durante a vigência do presente contrato, serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo adotante, sujeitando-se eventualmente, a cobertura parcial temporária ou agravo. (Alterado em reunião da Diretoria de 30/01/2012)

Parágrafo único: Entende-se por AGRADO DA CONTRAPRESTAÇÃO qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada.

(Redação corrigida em reunião de Diretoria de 19/01/2012).



CAPÍTULO IX

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 16 - Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, os beneficiários terão cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

Parágrafo Único - O atendimento será assegurado independentemente do local de origem do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste Regulamento.

DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art. 17 - Aos beneficiários serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

- a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;
- b) Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- c) Cobertura de fonoaudiologia, em número limitado de 4 (quatro) sessões a cada 30 (trinta) dias, num total de 48 (quarenta e oito) sessões, fazendo-se necessária reavaliação médica no período máximo de 6 (seis) meses.

c.1) Caberá ao beneficiário apresentar requisição médica contendo o diagnóstico do beneficiário, para o tratamento de fonoaudiologia, com o respectivo CID, juntamente com o prognóstico de tempo de tratamento;

c.2) Para a prorrogação do tratamento de fonoaudiologia será necessária nova requisição médica, acompanhada de laudo de evolução e novo prognóstico de tempo de tratamento;

c.3) Será necessária prévia liberação das sessões de fonoaudiologia pela JUDICEMED.

d) Procedimentos de fisioterapia em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

e) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecidas nas Diretrizes de utilização do Rol de procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme indicação do médico assistente;

f) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Art. 23, §2º, alínea “d” e “d.1” deste Regulamento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

g) Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

h) Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao beneficiário ou pela necessidade de internação;

i) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais:

- Hemodiálise e diálise peritoneal;
- Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- Radioterapia, inclusive radioterapia conformacional para cérebro, pulmão e próstata;
- Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- Hemoterapia ambulatorial;
- Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.



§1º - O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do beneficiário, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

§2º - Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

Art. 18 - A JUDICEMED dará cobertura às consultas médicas realizadas pelos seus beneficiários, em rede credenciada e/ou referenciada, ou não, e pagará para cada consulta o valor estabelecido em resolução da Diretoria da JUDICEMED.

Art. 19 - As consultas médicas serão realizadas em consultório de médico credenciado, referenciado ou em clínica médica, escolhidos entre os inscritos na rede credenciada e/ou referenciada, em horário normal de consulta, e previamente agendadas, ou ainda de médico de livre escolha do beneficiário, embora não credenciado ou referenciado.

§1º - As consultas médicas poderão ser fiscalizadas com o fim de coibir abusos.

§2º - Quando se tratar de médico credenciado e/ou referenciado, o beneficiário gozará de livre escolha.

§3º - Não será cobrada nova consulta por ocasião do retorno para apresentação de exames após a consulta, desde que ocorra até 30 (trinta) dias após a data desta.

Art. 20 - O pagamento da consulta poderá ser feito diretamente pelo beneficiário ao médico assistente, cabendo-lhe direito ao reembolso, ou através de requisição, quando se tratar de médico credenciado e/ou referenciado.

§1º - O reembolso do valor da consulta deverá ser requerido pelo beneficiário ou pelo seu representante legal à **JUDICEMED**, mediante exibição do recibo de honorários e/ou nota fiscal, no original e no qual deverá constar, obrigatoriamente, o nome do beneficiário, atendidas as exigências do Capítulo XV – Acesso a Livre escolha.

§2º - O reembolso será creditado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, nos limites do valor pago à rede credenciada e/ou referenciada da **JUDICEMED** ou, quando se tratar de médico não credenciado ou referenciado, no valor fixado pela diretoria desta.

§3º - Não serão efetuados reembolsos diretamente aos prestadores de serviços não credenciados e/ou referenciados.



DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

Art. 21 - Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

- Cobertura para internações hospitalar clínicas e/ou cirúrgicas e Centro de Terapia Intensiva ou similar;
- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;
- Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do beneficiário, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no Regulamento;

- d) Cobertura de despesas de diárias de 1 (um) acompanhante, no caso de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;
- e) Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;
- f) Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- g) Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; e
- i) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- Hemodiálise e diálise peritoneal;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia;
 - Hemoterapia;
 - Nutrição enteral ou parenteral;
 - Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - Embolizações e radiologia intervencionista;
 - Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - Procedimentos de fisioterapia;
 - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos beneficiários submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- j) Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções;
- k) Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;



- l) Transplantes de rins, córneas, autólogos e aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;
- m) Serão pagas todas as modalidades de cirurgias constantes no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar – ANS, vigente a época do evento, exceto as relacionadas no Capítulo – EXCLUSÕES, deste Regulamento. (Alterado em reunião da Diretoria de 30/01/2012)

Art. 22 - As internações serão processadas mediante pedido de internação feito pelo médico assistente e guia de internação expedida pela **JUDICEMED**, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverá ser observado o Capítulo XIV – DOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REEMBOLSO.

§1º - As internações hospitalares e exames complementares que necessitem de encaminhamento para fora do Estado do Paraná estão sujeitos a autorização prévia e expressa da **JUDICEMED**.

§2º - Não serão permitidas as internações para realização de exames com o fim de esclarecimento de diagnóstico, quando passíveis de execução em ambulatório.

§3º - O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 21 deste Regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

- a) Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- b) Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- c) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os 30 (trinta) primeiros dias após o parto sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo.

§4º - O valor da conta hospitalar dos estabelecimentos credenciados e/ou referenciados será pago diretamente pela **JUDICEMED**.

§5º - Havendo rede credenciada e/ou referenciada da **JUDICEMED**, o internamento deverá ser autorizado e realizado **somente** nestes.

DAS COBERTURAS EM SAÚDE MENTAL





Art. 23 - Aos beneficiários serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID-10.

§1º - Para os efeitos legais deste Regulamento, entende-se portador de transtorno psiquiátrico identificado, o beneficiário que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação), em situação instável do ponto de vista clínico e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional, e, codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (10ª Revisão) CID 10.

§2º - A cobertura ambulatorial em saúde mental garantirá:

- a) Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as que impliquem ao beneficiário ou a terceiros, risco à vida ou danos físicos (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou risco de danos morais ou patrimoniais importantes;
- b) Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, sem limite máximo de sessões;
- c) Tratamento básico, assim entendido aquele prestado pelo médico assistente, ou sob sua orientação, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico ou outros procedimentos ambulatoriais;
- d) Cobertura de 4 (quatro) sessões de psicologia a cada 30 (trinta) dias, num período de 6 (seis) meses, fazendo-se necessária reavaliação médica no período máximo de 6 (seis) meses, podendo ser prorrogada por igual período, ou seja, mais 6 (seis) meses, limitadas a um total de 48 (quarenta e oito) sessões, a cada ano devendo ser previamente liberadas pela JUDICEMED;
- d.1) Quando o tratamento psicológico exceder o total de 48 (quarenta e oito) sessões deverá ser encaminhado relatório médico, com CID e plano terapêutico, para avaliação da JUDICEMED.

§3º - Será garantida a cobertura hospitalar em saúde mental, nos moldes previstos na diretriz de utilização do Rol de procedimentos e eventos em saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento:

- a) 15 (quinze) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de intoxicação ou abstinência, provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização;
- b) O custeio integral de 30 (trinta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em hospital psiquiátrico, em unidade de terapia ou em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portador de transtornos psiquiátricos em situação de crise, ou até 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime hospital-dia;
- c) Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, incluindo o atendimento das lesões auto-infligidas;

- d) 180 (cento e oitenta) dias, não cumulativos, por ano de vigência, em regime de hospital dia, para tratamento de transtornos psiquiátricos, especificamente para diagnósticos relacionados no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) a seguir relacionados:

- F00 a F09
- F20 a F29
- F70 a F79
- F90 a F98



§4º - Os tratamentos relativos ao presente artigo dependerão sempre de prévia e expressa autorização da JUDICEMED.

§5º - A atenção prestada pela JUDICEMED aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

§6º - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

§7º - A JUDICEMED garantirá a cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente na época do evento.

DOS TRANSPLANTES E DAS DESPESAS COM SEUS PROCEDIMENTOS VINCULADOS

Art. 24 - Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei n.º 434, de 4 de fevereiro de 1997, ao Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, à Portaria n.º 3.407, de 5 de agosto de 1998, no que não for conflitante com o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei n.º 9.656/98.

Art. 25 - Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- I. Despesas assistenciais com doadores vivos;
- II. Medicamentos utilizados durante a internação;
- III. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único - Os transplantes ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, serão ressarcidos em conformidade com o previsto no artigo 32, da Lei n.º. 9.656/98, de 3 de junho de 1998.

Art. 26 - Os beneficiários da **JUDICEMED**, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos C.N.C.D.Os. e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§1º - A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - C.N.C.D.Os, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§2º - As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o Regulamento técnico da Portaria GM N.º 07, de 5 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§3º - É de competência privativa das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - C.N.C.D.Os, dentro de suas funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- I. Determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- II. Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

CAPÍTULO X

EXCLUSÕES DE COBERTURA



Art. 27 - Estão excluídos das coberturas concedidas pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar **JUDICEMED**, os seguintes procedimentos:

- I. Tratamento Clínico ou Cirúrgico experimental;
- II. Medicina Ortomolecular, enquanto não estiverem regulamentados e tabelados os respectivos procedimentos pela Associação Médica Brasileira, através do Rol de Procedimentos e eventos da ANS;
- III. Técnicas de reprodução assistida, tais como: inseminação artificial e fertilização *in vitro*; (Alterado em reunião da Diretoria de 10/05/2016)
- IV. Assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

- V. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- VI. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VII. Internação hospitalar para fins de repouso;
- VIII. Confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos ortopédicos em geral, colchões, cadeiras, óculos, lentes oculares e aparelho para surdez;
- IX. Expedição de laudos, pareceres, atestados e certidões, para fins privativos ou oficiais;
- X. Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;
- XI. Cirurgias para mudança de sexo;
- XII. Tratamento de varizes por injeção esclerosante e/ou laser ou qualquer outra técnica similar;
- XIII. Consultas, tratamentos e internações realizadas antes do início da cobertura ou das carências previstas, salvo nos casos de urgência ou emergência conforme respectivas cláusulas;
- XIV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- XV. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento (exceto para a cirurgia da obesidade) com finalidade estética;
- XVI. Aquisição ou aluguel de equipamentos e aparelhos hospitalares ou similares;
- XVII. Fornecimento de vacinas, auto-vacinas;
- XVIII. Fornecimento de aparelhos ortopédicos, bem como o fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- XIX. Investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, e necropsias;
- XX. Transplantes, à exceção de córnea e de rins, autólogos e aqueles previstos no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- XXI. Enfermagem em caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, consultas e/ou medicamentos e/ou tratamentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência, exceto quando estiver sob internação domiciliar;
- XXII. Acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais e suas consequências, conforme definido pelos órgãos governamentais;
- XXIII. Remoção para tratamentos clínicos ou cirúrgicos, ou procedimentos diagnósticos não cobertos pelo plano e remoções por via diferente da terrestre;



- XXIV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja no Brasil, ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- XXV. Despesas extraordinárias não relacionadas com o atendimento médico-hospitalar, durante a internação hospitalar, tais como: dieta não recomendada pelo médico ao beneficiário; produtos de toalete e de higiene pessoal; decorações; rádios; jornais; aparelho de televisão; telefone; frigobar; quebra de objetos, bem como diferença de despesas médico-hospitalares motivadas por internação hospitalar em acomodação superior à contratada, por opção do beneficiário;
- XXVI. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- XXVII. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- XXVIII. Enfermagem de caráter particular, mesmo que as condições do beneficiário exijam cuidados especiais e/ou extraordinários;
- XXIX. Consultas médicas domiciliares;
- XXX. Aparelhos estéticos, de substituição ou complementares de função, como óculos, aparelho para surdez, rim artificial;
- XXXI. Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste Regulamento;
- XXXII. Todo e qualquer procedimento ou tratamento não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.



CAPÍTULO XI

DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 28 - A vigência deste contrato é por prazo indeterminado, com o início na data da aprovação do Regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

A renovação será automática, na data do seu aniversário, por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, sendo vedada à incidência de qualquer período adicional de carência.

Parágrafo único: O beneficiário poderá requerer suspensão temporária da JUDICEMED nos casos de estudo/estágio no exterior, mediante comprovação da inscrição no curso/estágio, pelo prazo de até dois anos, admitida uma prorrogação por igual período. Quando da solicitação de readmissão cumprirá as carências estabelecidas no artigo 30 do Regulamento da JUDICEMED. (Alterado em reunião da diretoria de 13/02/2014)



CAPÍTULO XII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 29 - A cobertura assistencial prevista no presente Regulamento, se inicia a partir da assinatura da proposta de adesão do beneficiário ou do pagamento da primeira mensalidade pelo mesmo, o que ocorrer primeiro, de modo que não se prolonguem as carências, sendo renovado automaticamente a cada ano.

§1º - Para o magistrado e para os seus dependentes, essa cobertura se inicia independentemente de prazo de carência, desde que aquele adira, com seus dependentes no prazo de 60 (sessenta) dias da sua posse, à ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR** e, concomitantemente, à MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE. (Alterado em reunião da Diretoria de 21/11/2011)

§2º - Os viúvos ou viúvas de Magistrados que falecerem, na condição de beneficiários da **JUDICEMED**, bem como os seus dependentes, desde que manifestem a sua opção de permanência na condição de beneficiários no prazo de 60 (sessenta) dias da data do óbito daquele, estarão isentos de prazo de carência. (Alterado em reunião da Diretoria de 21/11/2011)

§3º - Estarão isentos de carência, também, os dependentes de magistrados beneficiários que venham a perder essa condição, desde que requeiram sua inscrição como titulares até 60 (sessenta) dias antes de completarem a idade limite.

Art. 30 - Não ocorrendo nenhuma das hipóteses referidas no artigo anterior e seus parágrafos, serão exigidos os seguintes prazos de carência:

- I. **24h (vinte e quatro horas)** para atendimentos de urgência e emergência, observados o disposto no artigo 33, do presente Regulamento;
- II. **30 (trinta) dias**: consultas e exames de patologia clínica;
- III. **90 (noventa) dias**: procedimentos de diagnóstico e terapia, a saber:

EXAMES SIMPLES - eletrocardiograma convencional; endoscopia em regime ambulatorial; exames radiológicos **simples sem contraste**; histocitopatologia; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto** a videolaringoscopia; inaloterapia; prova de função pulmonar; teste ergométrico; procedimentos de reabilitação e fisioterapia.

- IV. **180 (cento e oitenta) dias**: internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial, exames e procedimentos especiais, a saber: angiografia, arteriografia, eletroencefalograma convencional, eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; ultrassonografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnética; medicina nuclear; densitometria óssea; laparoscopia diagnóstica; ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; eletrocardiograma dinâmica (holter); monitorização ambulatorial de pressão arterial; litotripsia; radiologia com contraste e

intervencionista; cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada; videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; tratamento esclerosante de varizes de esôfago; hemodiálise e diálise peritoneal; endoscopia **que não possa ser realizada em regime ambulatorial**; eletromiografia; eletroneuromiografia; quimioterapia e radioterapia e hemoterapia.

V. **300 (trezentos) dias**: para partos a termo.

CAPÍTULO XIII

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES



Art. 31 - Para fins deste Regulamento, consideram-se:

- I. Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;
- II. Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

Art. 32 – No presente Regulamento, não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes.

CAPÍTULO XIV

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 33 - Definem-se como:

- I. Casos de emergência: os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente; e
- II. Casos de urgência: os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§1º - Para os casos de urgência e emergência a **JUDICEMED** garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

§2º - Para os casos de urgência e emergência, o beneficiário terá assistência integral, isto é, da sua admissão até a sua alta, salvo nas seguintes hipóteses:

- a) Atendimento de beneficiário que ainda esteja cumprindo carência para internação, ou que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de evento cirúrgico, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionadas às Doenças e Lesões Preexistentes;
- b) Necessidade de assistência médica hospitalar para parto a termo quando a beneficiária ainda esteja cumprindo carência para tal procedimento.

§3º - Somente nos dois casos acima o atendimento será limitado as primeiras 12 horas ou quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimento exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à **JUDICEMED**.

§4º - Caberá à **JUDICEMED** o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

§5º - As limitações previstas acima não se aplicarão caso o atendimento decorra de acidente pessoal.

Art. 34 - Nos atendimentos de emergência ou urgência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela **JUDICEMED**, é garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes.

§1º - O reembolso deve ser solicitado mediante a apresentação de documentos hábeis (recibos, notas fiscais ou faturas), devidamente quitados e discriminados por item, com valor unitário de cada item, a data de realização, bem como o nome do beneficiário.

§2º - O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada.

- a) No caso de beneficiário que tenha solicitado sua exclusão ou que tenha sido excluído do plano, o prazo para solicitação de reembolso será de 30 dias da efetivação do pedido. (Alterado em reunião da Diretoria de 15/12/2015)

§3º - Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado a partir do recebimento, pela **JUDICEMED** da documentação completa.

§4º - O valor a ser reembolsado será o da relação de serviços médicos e hospitalares praticados pela **JUDICEMED** junto à rede referencial deste plano.



REMOÇÃO

Art. 35 - Nos casos comprovadamente necessários, será garantida a cobertura da remoção para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica deste Regulamento.

§1º - Será garantida a remoção para o SUS, após o atendimento de emergência/urgência, no caso de beneficiário que ainda esteja cumprindo carência para internação.

§2º - Na situação descrita no parágrafo anterior são aplicáveis as seguintes regras:

- a) Caberá à **JUDICEMED** o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- b) Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **JUDICEMED**, desse ônus;
- c) Na remoção, a **JUDICEMED** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade SUS;
- d) Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS, a **JUDICEMED** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO XV

ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 36 - Quando o beneficiário titular e/ou dependente, necessitar de assistência médica fora dos locais onde a **JUDICEMED** tenha serviços credenciados, nas situações de urgência ou emergência, ou quando não for possível a utilização dos serviços credenciados, este terá as despesas reembolsadas, em conformidade com a Tabela AMB e CBHMP.

§1º - A análise para o reembolso previsto nos termos deste Regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico ou CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;



- b) Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por nota fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;
- c) Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

§2º - Para os dependentes os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o titular.

§3º - Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais, devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

§4º - Em nenhuma hipótese a **JUDICEMED** aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

§5º - Após a aceitação dos documentos apresentados e a comprovação do evento e das despesas, por intermédio de auditoria médica, o pagamento do reembolso das despesas será efetuado em 30 (trinta) dias.

§6º - O reembolso das despesas será efetuado por intermédio de depósito bancário, em conta corrente, em nome do beneficiário que efetuou o dispêndio. (Alterado em reunião da Diretoria de 13/12/2012)

§7º - Para que o reembolso seja efetivado, o beneficiário deverá caracterizar perfeitamente o evento, através da documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano, dentro do exercício fiscal (31 de dezembro do ano vigente). (Alterado em reunião da Diretoria de 10/05/2016)

§8º - O valor do reembolso não será, sob hipótese nenhuma, superior ao valor constante na tabela praticada pela **JUDICEMED** junto à sua rede de prestadores, tabela essa que, aprovada pelo Conselho Gestor, é parte integrante deste Regulamento.

§9º - A **JUDICEMED** não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário titular e/ou dependente.

Art. 37 - Além do disposto no artigo 34 do presente Regulamento, o beneficiário terá direito de utilizar o sistema de reembolso para acesso aos prestadores de serviços não participantes da rede assistencial, observada a cobertura prevista no presente Regulamento.

Parágrafo Único - Serão obedecidos os mesmos critérios constantes nos parágrafos 1º ao 9º do artigo anterior para efeito do reembolso, descrito no "caput".

CAPÍTULO XVI

MECANISMOS DE REGULAÇÃO



Art. 38 - A liberação de procedimentos e reembolsos será elaborada e concedida pela **JUDICEMED**, através de seu Médico Auditor. (Alterado em reunião da Diretoria de 19/12/2011)



Art. 39 – As guias devem ser devidamente preenchidas e assinadas, sob pena de devolução, anotando-se o CID e os demais códigos que orientam as mesmas.

§1º - Nos procedimentos de alta complexidade, bem como nas internações será exigido do beneficiário a cópia do pedido médico, que poderá ser encaminhado pessoalmente, através de fax ou e-mail.

§2º - O referido pedido será remetido para o setor de atendimento, o qual formalizará um processo interno que será encaminhado para o Médico Auditor, que analisará a necessidade, a adequação e a cobertura do referido procedimento pela JUDICEMED.

§3º - Uma vez deferido o pedido médico, o Médico Auditor fornecerá guia de liberação para o beneficiário, com cópia para o prestador de serviço médico.

- a) Concluindo não comportar o pedido deferimento, o Médico Auditor anotará as razões da recusa encaminhando o pedido à Diretoria da JUDICEMED, para análise.
- b) Mantido o indeferimento, poderá o beneficiário apresentar recurso ao Conselho Gestor, no prazo de 10 dias, que poderá ser prorrogado por igual período, a pedido do interessado, antes do vencimento, computado o prazo a partir da ciência do interessado, pessoalmente ou por representante no caso de impossibilidade, por e-mail, carta registrada ou outro meio idôneo e que torne inequívoca a ciência do interessado.
- c) Impossibilitado o beneficiário de receber a ciência, será representado pelo cônjuge, pai, mãe, filho maior, representante legal ou parente habitualmente responsável pelo atendimento.

(Alterado em reunião da Diretoria de 19/12/2011)

§4º - A rotina para obtenção e emissão da resposta à solicitação médica, será efetuada no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, consoante prescreve o artigo 4.º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98.

Resolução CONSU nº 8/98

Art. 4º - As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência;

Art. 40 - A JUDICEMED reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante de sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Art. 41 - É facultada à JUDICEMED a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude

ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17 e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

§1º - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o "caput" deste artigo ocorrer por decisão da **JUDICEMED**, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a **JUDICEMED**, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

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

Art. 42 - O beneficiário, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora de plano de saúde.

Art. 43 - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender as necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças até 05 (cinco) anos.

§1º - Ficarão disponibilizados para os beneficiários informações a respeito da rede de prestadores de serviços, por meios de divulgação eletrônica, através do sítio da **JUDICEMED**.

§2º - Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da **JUDICEMED**, conforme estabelece o artigo 12, I, "b", da Lei nº 9.656, c/c o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98, observada a cobertura contratada.

Art. 44 - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Art. 45 - Os cadastramentos e convênios com médicos, estabelecimentos hospitalares e laboratoriais serão organizados e propostos pelo Superintendente ou pelo Médico Auditor, ou ainda pelo Conselho Gestor da **JUDICEMED**, após cuidadoso exame de seu currículo, não sendo permitida a admissão de profissionais que tenham sofrido punição por infração ao Código de Ética, observado o seguinte:

- I. Os cadastramentos e os convênios serão por tempo indeterminado, podendo ser cancelados mediante proposta do Superintendente ao Conselho Gestor ou por deliberação da **JUDICEMED** conjuntamente com a ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR**, respeitadas as estipulações contratuais e a legislação vigente;
- II. Os cadastrados deverão atender pessoalmente os beneficiários, ressalvada a hipótese de se tratar de pessoa jurídica, quando então os clínicos que a compuserem serão nominalmente identificados;



- III. Não poderão cadastrar-se ou firmar convênios com o serviço entidades cujos proprietários participem da administração da **JUDICEMED** ou da diretoria da **ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - AMAPAR**, salvo quando não houver alternativa de escolha;
- IV. Constitui-se obrigação do cadastrado manter padrão técnico, de modo a assegurar a qualidade dos produtos e serviços.

Art. 46 - Os serviços mencionados no artigo anterior serão avaliados quanto à qualidade, consoante os critérios adotados pelas entidades oficiais, associações de classe ou órgãos de reconhecida competência.

Art. 47 - A **JUDICEMED** poderá propor nos convênios com hospitais a possibilidade de parcelamento das despesas.

Art. 48 - Em caso de divergência de natureza médica sobre o direito às coberturas previstas no Regulamento, garante-se ao beneficiário (titular ou dependente), a prerrogativa de constituir junta médica, constituída por três membros, sendo um nomeado pela **JUDICEMED**, outro pelo beneficiário e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

§1º - Se não houver acordo na escolha do médico desempataador, sua designação será solicitada à sociedade médica da aludida especialidade, reconhecida oficialmente.

§2º - Cada parte arcará com as despesas de seu médico assistente, caso o escolhido pelo beneficiário não seja um credenciado da **JUDICEMED**. Os honorários do terceiro serão suportados pela **JUDICEMED**.

§3º - Após a análise da junta médica, fica reservado à **JUDICEMED** o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste Regulamento.

CAPÍTULO XVII

FORMAÇÃO DO PREÇO

Art. 49 - A contraprestação pecuniária devida pelo beneficiário à **JUDICEMED** decorrente do presente Regulamento, denomina-se mensalidade, na modalidade de pré-pagamento, que consiste no faturamento antecipado dos valores pactuados para as categorias de planos de assistência médico hospitalar, previstos neste Regulamento, cujo valor, nesta data, corresponde ao indicado e discriminado na proposta de adesão do plano.

Art. 50 - O custeio da **JUDICEMED** será atendido pelas seguintes fontes de receitas:

- I. Contribuição mensal dos beneficiários titulares e dependentes;
- II. Receitas de aplicações do patrimônio;
- III. Outras receitas eventuais.

§1º - Por ser um plano coletivo "sem patrocinador", o pagamento da contribuição mensal será feito integralmente pelo beneficiário à **JUDICEMED** até o 5º (quinto) dia útil do mês.

§2º - No caso de desligamento do beneficiário da **JUDICEMED**, as contribuições de que trata o "caput" deste artigo não serão devolvidas.

§3º - Com base nos recursos recebidos, a **JUDICEMED** constituirá reservas e fundos para garantia dos compromissos assumidos com os beneficiários, na forma determinada atuarialmente.

Art. 51 - O valor da contribuição mensal no que é pertinente ao magistrado e seus dependentes, e as pensionistas será descontado em folha de pagamento, mediante autorização do mesmo ao órgão competente e, em se tratando de beneficiário facultativo, mediante débito em conta corrente bancária ou boleto bancário, à sua escolha.

§1º - Caso o beneficiário facultativo que optar pelo pagamento por intermédio de boleto bancário não recebê-lo até 3 (três) dias antes do vencimento, deverá comunicar-se com a **JUDICEMED** a fim de obter informações sobre como efetuar o pagamento, pois eventual perda ou extravio do boleto bancário não o eximirá de efetuar o pagamento na data devida, sob pena de suspensão do atendimento médico até a regularização da pendência.

§ 2º - Os beneficiários reconhecem que o valor da mensalidade é revestido de liquidez e certeza, caracterizando-se como título executivo de natureza extrajudicial, para todos os fins.

Art. 52 - O pagamento antecipado da remuneração contratual não quita débitos anteriores, nem reduz os prazos de carência fixados no Regulamento.

Art. 53 - Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **JUDICEMED** se o beneficiário não possuir comprovante devidamente autenticado pelo agente recebedor ou se não observar a forma estabelecida para o pagamento.

Art. 54 - O não pagamento da mensalidade e outras contraprestações nos seus vencimentos, além da penalidade da exclusão prevista neste instrumento, acarretará a imposição da multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em aberto, cujo principal, acrescido da multa, será corrigido monetariamente com base no IGP-M ou de outro índice que legalmente vier a substituí-lo, aplicado "pro rata die" desde a data do vencimento até a efetiva liquidação do débito, além dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês (0,33% diários).

CAPÍTULO XVIII

REAJUSTE



Art. 55 - Os beneficiários titulares e seus dependentes contribuirão sempre com os valores que gerem uma receita global compatível com os custos avaliados anualmente através de cálculos atuariais os quais levarão em conta:

- I. Aumento na frequência de sinistros ou na utilização de serviços;
- II. Aumento dos custos médicos, hospitalares e demais custos relacionados a assistência à saúde;
- III. Necessidade ou utilização de aportes de capital;
- IV. Aumento da sinistralidade ou ocorrência de eventos de alto custo.

Art. 56 - Os valores das contribuições per capita por faixa etária serão reajustados em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, que sofrerá alterações no mês subsequente do aniversário do beneficiário.

Parágrafo único: Os valores das contraprestações serão reajustados anualmente, de acordo com a avaliação atuarial, que será apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos anteriores à aplicação do reajuste. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas mensalidades terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do Regulamento, entendendo-se está como data base única.

Art. 57 - Fica assegurado que não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato. O percentual de reajuste a ser aplicado e sua justificativa técnica será anualmente informado à ANS de acordo com as normativas vigentes.

Art. 58 - Os limites de cobertura serão, também, reajustados, respeitada a legislação específica, por ocasião da revisão do custeio atuarial do plano.

Art. 59 - Os reajustes serão aplicados a todos os beneficiários, independentemente da idade dos mesmos.

CAPÍTULO XIX

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 60 - As contribuições são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário e correspondem aquelas já estabelecidas na tabela de mensalidades da JUDICEMED.

Art. 61 - As faixas etárias são as seguintes:

- I. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;



- VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 62 - Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário (titular ou dependente), que signifique deslocamento para outra faixa etária, o valor da contribuição será aumentado a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores estipulados, neste Regulamento, independentemente do índice de reajuste anual estabelecido.

FAIXA	CLASSES	PERCENTUAL DE VARIAÇÃO
1	0 a 18	-----
2	19 a 23	63,73%
3	24 a 28	36,63%
4	29 a 33	7,87%
5	34 a 38	16,03%
6	39 a 43	9,11%
7	44 a 48	20,18%
8	49 a 53	16,85%
9	54 a 58	8,55%
10	59 ou +	28,85%

Parágrafo único – Não incidirá reajuste por alteração de faixa etária para os beneficiários que tenham mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade.

Art. 63 - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:

- O valor fixado para a última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;
- As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos

Art. 64 - Eventuais alterações na tabela acima dar-se-ão por intermédio de aditivo a este Regulamento.

CAPÍTULO XX

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS



Art. 65 - Por ser um plano de contratação coletiva por adesão, importante especificar que a adesão dos associados é espontânea e opcional, com a opção de inclusão do grupo familiar ou dependente, consoante o que prescreve o artigo 4º da Resolução CONSU nº 14/98.

CAPÍTULO XXI

CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

Art. 66 - A **JUDICEMED** destina-se a atender aos associados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR** e os seus dependentes.

Parágrafo único - O liame dos beneficiários com a **JUDICEMED** terá caráter meramente associativo.

CAPÍTULO XXII

CONDIÇÕES DA PERDA E DO REINGRESSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 67 - A cobertura da **JUDICEMED** aos beneficiários e aos seus dependentes cessará:

- I. Quando do desligamento do quadro de associados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR** ou MÚTUA JUDICIÁRIA PARANAENSE;
- II. Quando o beneficiário solicitar por escrito a sua exclusão, sendo obrigatória a devolução da (s) carteira (s) da **JUDICEMED/Rede Referenciada**;
- III. Quando for aplicada penalidade, conforme disposto neste Regulamento;
- IV. Por inadimplência, quando os beneficiários não efetuarem o pagamento das contribuições mensais por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que sejam os mesmos comprovadamente notificados até o 50º (quingentésimo) dia da inadimplência.

§1º - A solicitação de desligamento deverá ser enviada à **JUDICEMED** com 60 (sessenta) dias de antecedência, desde que respeitado o tempo mínimo de permanência, no plano, que é de 12 (doze) meses.

§2º - A solicitação de exclusão deverá ser enviada a ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ – **AMAPAR**, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, desde que respeitados os 12 (doze) meses de tempo mínimo de permanência no plano.

§3º - No caso de desligamento ou suspensão de Beneficiário do Plano, caberá ao órgão competente da **JUDICEMED** providenciar o levantamento das despesas efetuadas, e ainda não pagas, que serão de sua integral responsabilidade.

§4º - Quando do desligamento ou afastamento do beneficiário e/ou dos seus dependentes da **JUDICEMED**, as contribuições efetuadas não serão devolvidas.

Art. 68 – É vedado o reingresso na **JUDICEMED** de beneficiário que tenha solicitado sua exclusão ou que tenha sido excluído do plano. (Alterado em reunião da Diretoria de 04/07/2013)

CAPÍTULO XXIII

RESCISÃO



Art. 69 - Neste Regulamento não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de beneficiário. Todavia a **JUDICEMED** poderá encerrar a operação do plano de saúde em relação a um beneficiário quando houver decisão da competente instância decisória, que é definida no seu Estatuto, para tal.

CAPÍTULO XXIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 70 - Além das coberturas previstas no rol de procedimentos editado pela ANS, bem como na Lei 9.656/98, a **JUDICEMED** disponibilizará as seguintes coberturas adicionais, através do Programa de Atendimento Domiciliar:

1. TRATAMENTO DE CRÔNICOS

Art. 71 - A **JUDICEMED** custeará os tratamentos para reabilitação dos beneficiários em todas as condições mórbidas de deficiência em que a citada terapia for cabível, podendo ser ela aplicada em ambulatórios ou em hospitais, definindo percentual de coparticipação de até 50%, conforme os indicadores técnicos da auditoria e/ou sociais.

§1º - A viabilidade da reabilitação será apreciada pelos médicos especialistas credenciados e/ou referenciados a **JUDICEMED**, e a prestação da assistência está condicionada à aprovação de perícia médica, realizada por especialista da área, de escolha do Serviço de Auditoria Médica da **JUDICEMED**.

§2º - A reabilitação de portadores de deficiências será confiada a instituições especializadas, quer para internamento ou para semi-internamento.

§3º - Para a finalidade do "caput" deste artigo, a apreciação pela junta médica deverá ser feita a cada 06 (seis) meses.

Art. 72 - A **JUDICEMED** reserva-se ao direito de efetuar perícia médica em quaisquer procedimentos, sempre que julgar necessário.

2. INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Art. 73 - A finalidade deste programa é oferecer atenção domiciliar aos beneficiários, que necessitem de internações prolongadas e/ou reinternações, objetivando reduzir o risco de infecção hospitalar, evitando perda do vínculo familiar, melhorando a qualidade de vida e redução dos custos do plano de saúde. Constituem condições indispensáveis para autorização de internação domiciliar:

I. Definir a modalidade de tratamento:

- a) Internação Domiciliar/Home Care – Conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao beneficiário com quadro clínico mais complexo e necessidade de tecnologia especializada em atenção domiciliar.
- b) Assistência Domiciliar – Conjunto de atividades de caráter ambulatorial programadas e continuadas, realizadas em domicílio, prestadas aos beneficiários que não necessitam de internação domiciliar, mas precisam de cuidados especializados.

II. Caberá exclusivamente à **JUDICEMED** a avaliação, e, consequentemente a inclusão e/ou exclusão do beneficiário do programa. A inclusão do beneficiário no programa está condicionada a análise do caso apresentado, com o objetivo de verificar se o mesmo se enquadra nos critérios e finalidades do Programa de Atendimento Domiciliar. Os procedimentos para inclusão de qualquer beneficiário no programa envolvem:

- a) Relatório do Médico Assistente informando a necessidade do atendimento domiciliar;
- b) Quadro Clínico detalhado;
- c) Visita Hospitalar – Auditoria Médica ou Assistente Social;
- d) Visita Domiciliar – Assistente Social;
- e) Verificação e adequação nas instalações domiciliares;
- f) Relatório de Visita do Médico do Home Care e/ou Assistente;
- g) Parecer da equipe multiprofissional;
- h) Identificação do cuidador e responsável;
- i) Aceitação das orientações, pelo beneficiário e pelo responsável;
- j) Elaboração de plano terapêutico.



- III. Autorização expressa da **JUDICEMED**, após avaliação e aprovação do plano de tratamento proposto pela empresa responsável pela implantação da internação domiciliar;
- IV. A **JUDICEMED** estabelecerá a atenção a ser prestada no Plano Terapêutico. Situações não previstas neste Regulamento, serão analisadas pela equipe técnica e/ou Superintendência;
- V. Durante a permanência na modalidade de **Internação Domiciliar**, os beneficiários terão coberturas para visitas, consultas, enfermagem, terapias seriadas complementares, medicamentos endovenosos, materiais e equipamentos, equivalentes àquela a que faria jus se estivesse sob internação hospitalar;
- VI. Durante a permanência na modalidade de **Assistência Domiciliar**, os beneficiários terão coberturas para visitas, consultas, terapias seriadas complementares.

Art. 74 - A cobertura do *home care*, após avaliação e autorização da **JUDICEMED**, restringe-se a:

- I. Cuidados de enfermagem em período integral ou parcial, conforme o caso;
- II. Assistência médica e de outros profissionais multidisciplinares indispensáveis ao tratamento como: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos exigidos para cada caso;
- III. Terapias com medicamentos endovenosos, ou hospitalares;
- IV. Dependência de equipamentos e gases medicinais hospitalares que garantam a sobrevivência;
- V. Necessidade de dieta parenteral e enteral;
- VI. Cuidados com cateteres de longa permanência por período limitado de tempo, ou até que o cuidador/responsável esteja apto a fazê-lo;
- VII. Exames complementares relacionados ao motivo da internação;
- VIII. Curativos Especiais;

Art. 75 - - A duração dos atendimentos e coberturas serão estabelecidas pela análise do trabalho e respostas da equipe técnica, em conjunto com o médico assistente e profissionais técnicos que acompanham os beneficiários, com determinação de prazo de início e fim, bem como, avaliações de prorrogação, definidas a partir das especificações do Plano Terapêutico e análise da **JUDICEMED**.

Art. 76 - Quando da utilização de cobertura de *home care*, o beneficiário e/ou representante legal obriga-se a:

- I. Indicar um responsável (cuidador) a fim de receber instruções sobre cuidados de saúde e ministrá-los ao beneficiário, de acordo com as possibilidades previstas pelo prestador de serviços de internamento domiciliar;
- II. Conduzir o plano de cuidados, com orientação, para atingir o maior nível de saúde e bem-estar do beneficiário, comprometendo-se a participar, quando possível, das decisões relacionadas à implementação, desenvolvimento e revisão do plano de atendimento;



- III. Prover o prestador da internação domiciliar de informações relativas e/ou decorrentes das suas necessidades para efeitos de cuidado em domicílio, além de permitir, por escrito, a liberação de quaisquer informações, desde que essenciais à prestação do serviço;
- IV. Informar à **JUDICEMED**, dentro do prazo de tratamento, qualquer insatisfação ou questionamento sobre o serviço;
- V. Caberá ao responsável ou cuidador comunicar à equipe técnica do programa qualquer alteração que possa comprometer/interferir no bom andamento do atendimento domiciliar;
- VI. Os materiais e equipamentos disponibilizados ao beneficiário durante sua internação domiciliar ficarão sob guarda do responsável, sendo de sua inteira responsabilidade os cuidados para evitar qualquer dano ou perda. Ao final do período do atendimento domiciliar, ou quando não mais se fizer necessário, o responsável pelo beneficiário deverá devolver à **JUDICEMED** ou empresa contratada os materiais e equipamentos utilizados durante o tratamento;
- VII. O beneficiário e/ou responsável se comprometem a seguir todas as orientações fornecidas pela equipe técnica, incluindo as prescrições dos profissionais;
- VIII. O beneficiário e/ou responsável serão previamente informados sobre os dias que ocorrerão as visitas técnicas e de acompanhamento;
- IX. Os beneficiários/familiares serão responsáveis pelo fornecimento de alimentação aos técnicos de enfermagem.

Art. 77 – Caberá à JUDICEMED:

- I. Monitorar o tempo de internação domiciliar, com acompanhamento por intermédio de visitas periódicas até o momento da alta hospitalar;
- II. Certificar que o serviço de internação domiciliar está preparando o beneficiário para reingressar no atendimento ambulatorial de rotina anterior à sua internação hospitalar e/ou alta;
- III. Avaliar a assistência prestada pela equipe multidisciplinar que efetivamente se façam necessárias no processo de acompanhamento domiciliar e, ainda, considerar a frequência e a qualidade desses atendimentos;
- IV. Em se tratando de empresa contratada, analisar os relatórios de acompanhamento, verificando se o plano de ação proposto pelo serviço de *home care* está efetivamente sendo realizado;
- V. Avaliar os critérios de independência do beneficiário em regime de internação domiciliar, que fornecerá subsídios para a previsão da alta do tratamento domiciliar;
- VI. Solicitar, do prestador, a emissão de relatórios de todos os atendimentos prestados aos beneficiários da **JUDICEMED**.

Art. 78 – Das Coberturas do Programa de Atendimento Domiciliar

§1º - A duração dos atendimentos e coberturas serão estabelecidas pela equipe técnica, em conjunto com o

médico assistente e profissionais técnicos que acompanham os beneficiários, com determinação de prazo inicial e final, e avaliações das prorrogações, definidas a partir das especificações do Plano Terapêutico.

§2º - Poderão ser disponibilizados: treinamento cuidador, enfermagem para procedimentos, enfermagem 6, 8, 12 ou 24 horas de acordo com definição técnica.

Art. 79 – Os serviços do Programa de Atendimento domiciliar cessarão no momento em que ocorrer uma das seguintes situações:

- I. Necessidade de reinternação hospitalar por agravamento do caso;
- II. Alta domiciliar;
- III. Óbito do paciente;
- IV. Evolução para condições que impeçam o processo normal de atendimento;
- V. Descumprimento de orientações terapêuticas e sociais;
- VI. Descumprimento das orientações dispostas neste documento;
- VII. Desligamento do beneficiário da JUDICEMED ou inadimplência das mensalidades;
- VIII. A alta do Programa é o ato que determina o encerramento do atendimento domiciliar ao beneficiário e não está relacionada necessariamente à extinção dos quadros clínicos preexistentes, visto que estes podem ser permanentes;
- IX. Caberá ao beneficiário e/ou seu responsável indenizar as empresas que fornecem materiais e equipamentos por eventuais perdas ou danos causados durante o atendimento domiciliar;
- X. O beneficiário e/ou responsável que cometa ato que constitua infração às orientações deste Programa será passível de exclusão do mesmo e consequente interrupção do atendimento.



Art. 80 – Fica garantido aos beneficiários da JUDICEMED atendimento nos casos de urgência e emergência, fora da área de abrangência constante neste Regulamento, por intermédio de contrato firmado com a UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, desde 1º de dezembro de 2009.

Art. 81 – Fica, também, garantido aos beneficiários da JUDICEMED o acesso à livre escolha de prestadores, fora da área de abrangência constante neste Regulamento, nos moldes estabelecidos no Capítulo XV deste Regulamento.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 82 - A JUDICEMED prosseguirá reembolsando as consultas médicas nos limites que vem praticando, até nova deliberação da Diretoria.



Art. 83 - Todos os Associados da ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO PARANÁ - **AMAPAR** e seus dependentes passam a integrar a **JUDICEMED**, e terão direito à percepção das coberturas deste Regulamento, sem carências, conforme disposto no § 1º, do art. 29 deste Regulamento.

Art. 84 - A utilização dos serviços previstos neste Regulamento, após o desligamento dos beneficiários do Plano de Assistência Médico-Hospitalar/**JUDICEMED**, será considerada uso indevido, respondendo o beneficiário titular pelas despesas integrais, além de sujeitar-se as penalidades cabíveis.

Art. 85 - Se um profissional ou instituição representar contra o beneficiário, por desrespeito, atitudes hostis ou qualquer ato considerado ofensivo, o beneficiário terá os seus benefícios e obrigações suspensas por prazos a critério da Diretoria da **JUDICEMED**, após a verificação e comprovação dos fatos, garantida a ampla defesa.

Art. 86 - Cabe à **JUDICEMED** a fiscalização rigorosa e adoção das medidas punitivas quando constatadas irregularidades cometidas pelos beneficiários, garantida a ampla defesa.

Art. 87 - As despesas com atendimento de urgência e emergência efetuadas em pronto socorro credenciado e/ou referenciado com a **JUDICEMED** correrão por conta do plano. Não havendo convênio, as despesas iniciais, se efetuadas com profissionais não credenciados e/ou referenciados, serão reembolsadas pela **JUDICEMED** até o valor previsto em tabela aprovada pelo Conselho Gestor.

Art. 88 - Os serviços cobertos pela **JUDICEMED** a serem efetuados por recomendação médica, fora da área onde o beneficiário titular exerça sua atividade, deverão ser encaminhados por intermédio da **JUDICEMED**, para maior facilidade do beneficiário.

Art. 89 - O não cumprimento das normas aqui estabelecidas exime a **JUDICEMED** de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos adotados.

Art. 90 - Os casos omissos deste Regulamento serão dirimidos pelo Superintendente e Conselho Gestor da **JUDICEMED**, *ad referendum* da Diretoria.

Art. 91 - Qualquer tolerância ou concessão praticada pela **JUDICEMED** no tocante as coberturas do plano contratado, não se constituirá em novação, renúncia ou alteração do pactuado, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelos beneficiários.

Art. 92 - O beneficiário obriga-se a comunicar de imediato qualquer alteração em seu endereço, para que todas as correspondências e documentos cheguem em tempo hábil em seu poder. A inobservância desta condição não impedirá a **JUDICEMED** de aplicar automaticamente todas as condições que regem o presente Regulamento.

Art. 93 - Os beneficiários da **JUDICEMED**, por si e seus dependentes, autorizam o mesmo a ter acesso aos seus prontuários médicos, quando referentes aos atendimentos prestados pelo plano.

Art. 94 - O beneficiário, por si e por seus dependentes, autoriza a **JUDICEMED** a prestar todas as informações cadastrais no que respeita aos atendimentos que prestar, solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.



CAPÍTULO XXV
ELEIÇÃO DO FORO

Art. 95 - As partes elegem de comum acordo e com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, o foro onde se encontra sediado a **JUDICEMED** para a solução de eventuais pendências que se originarem deste instrumento.

(Regulamento atualizado em Reunião de Diretoria, realizada em 13/12/2016).

Curitiba, 13 de dezembro de 2016.

FREDERICO MENDES JÚNIOR
Presidente

LUCIANO CARRASCO FALAVINHA SOUZA
Vice-Presidente

LUÍS CARLOS XAVIER
Diretor Financeiro

NICOLA FRASCATI JÚNIOR
Diretor Administrativo

ANNA CAROLINA MIRANDA PETRY SOARES
Superintendente

1

SERVIÇO
REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
REGISTRO CIVIL DE PESSOAS JURÍDICAS
JOSÉ MENDES CAMARGO - Titular

Rua Marechal Deodoro, 869 - 5º andar
sl 504 - Centro - CEP 80.060-010
Curitiba - PR - Tel./Fax: (41) 3016-9007
www.lstcdcamargo.com.br

PROTOCOLADO SOB Nº **915.498**
REGISTRADO E MICROFILMADO SOB Nº **1.124.107**
Curitiba - PR, 10 de março de 2017

Jose Mendes Camargo Michelle Mendes Camargo
Audrey Mansur Nejm Diomar Ajala Balleiro
O Selo foi afixado na 1ª via, conforme Lei
nº 13.228 do FUNARPEN SELO DIGITAL Nº
MeiKh.YEemb.i2Ogt, Controle: iitq.siss
Valide esse selo em <http://funarpen.com.br>

2º Ofício Distribuidor de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas - Curitiba - PR
Nilo Ubirajara de Souza Sampaio - Titular

DISTRIBUÍDO SOB Nº 87-10830 AO 1º OFÍCIO

Selo Digital: o1hgZ mvwdF HqOmZ - 60WhD nDLe
Consulte esse selo em <http://funarpen.com.br>

CUSTAS

Lei Estadual nº 11960/97, Tabela XVI-Distrib IIIa, III, IV e nota 2
Cobrança selo em cumprimento ao Ofício do FUNARPEN VRCs 0.182

1 DISTRIBUIÇÃO (70 VRCs) R\$ 14,00
1 LAVERBAÇÃO (26 VRCs) R\$ 5,20
1 SELO R\$ 2,20
Curitiba, 22/02/2017