

**PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - PARA EMPREGADOS ADMITIDOS ATÉ 31/08/2018 - ACT 2018/2020 - CONDIÇÕES GERAIS****SUMÁRIO DA NORMA**

1	OBJETIVO,5
2	DEFINIÇÕES,5
3	NORMAS,7
3.1	DISPOSIÇÕES GERAIS,7
3.2	INSCRIÇÃO DE TITULARES E DEPENDENTES,7
3.3	FORMATO DE CUSTEIO,7
3.3.11	MENSALIDADE,8
3.3.12	PARTICIPAÇÃO DO TITULAR,9
3.3.13	COPARTICIPAÇÃO,9
3.3.14	PARTICIPAÇÃO INTEGRAL,10
3.3.15	PARTICIPAÇÃO BENEFICIÁRIO RESTRITO,10
3.4	SALDO DEVEDOR,10
3.4.1	INADIMPLÊNCIA DE MENSALIDADE,10
3.4.2	ÓBITO DO TITULAR,11
3.4.3	AFASTAMENTO OU DESLIGAMENTO DO EMPREGADO,11
3.4.4	COBRANÇA DE SALDO DEVEDOR,11
3.4.5	LANÇAMENTO DE VALOR A PREJUÍZO,11
3.5	COMPROVANTE PARA O IMPOSTO DE RENDA,11
3.6	PROCEDIMENTOS SEM COBERTURA PELO SAÚDE CAIXA,11
3.7	CARÊNCIA,12
3.8	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,13
3.9	AVALIAÇÃO POR AMOSTRAGEM,13
3.10	DIVERGÊNCIAS TÉCNICO-ASSISTENCIAL,13
3.11	MODALIDADE DE ATENDIMENTO,13
3.11.3	ESCOLHA DIRIGIDA,14
3.11.4	LIVRE ESCOLHA,14
3.11.5	INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO,15
3.12	ATENDIMENTO SAÚDE CAIXA,16
3.13	ARQUIVO DO SAÚDE CAIXA,16
3.14	CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA,16
3.15	CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,16
3.16	RESPONSABILIDADES PELO SAÚDE CAIXA,17
3.16.1	CAIXA,17
3.16.2	GESAP,17
3.16.3	GIPES,17
3.16.4	CEPES,18
3.16.5	BENEFICIÁRIO DO SAÚDE CAIXA,18
3.16.6	CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,18

- 3.16.7 MEMBROS DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,18
- 3.16.8 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA,18
- 4 PROCEDIMENTOS,19
  - 4.1 MENSALIDADE,19
    - 4.1.1 BENEFICIÁRIO,19
    - 4.1.2 CEPES,19
  - 4.2 SALDO DEVEDOR,19
    - 4.2.1 BENEFICIÁRIO,19
    - 4.2.2 GIPES,19
    - 4.2.3 CEPES,21
  - 4.3 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,22
    - 4.3.1 BENEFICIÁRIO,22
    - 4.3.2 DENTISTA CAIXA,22
  - 4.4 ESCOLHA DIRIGIDA,23
    - 4.4.1 BENEFICIÁRIO,23
  - 4.5 LIVRE ESCOLHA,23
    - 4.5.1 BENEFICIÁRIO,23
    - 4.5.2 GIPES,24
  - 4.6 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO,24
    - 4.6.1 BENEFICIÁRIO,24
    - 4.6.2 GIPES,24
  - 4.7 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS E TRIBUTÁRIOS,24
    - 4.7.1 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS MANUAIS,24
      - 4.7.1.1 CECOB/SP,24
    - 4.7.2 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS AUTOMÁTICOS,24
      - 4.7.2.1 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SIAGS – OL 3185074,24
      - 4.7.2.2 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SISRH – OL 0006006,24
- 5 ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS,25
- 6 ANEXOS,27
  - 6.1 ANEXO I – REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA,27
  - 6.2 ANEXO II – REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,30
  - 6.3 ANEXO III – SALDO DEVEDOR – CONTATO COM O DEVEDOR,32
  - 6.4 ANEXO IV – SALDO DEVEDOR – PARCELAMENTO,33

**PREFÁCIO****TÍTULO**

**PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - PARA EMPREGADOS ADMITIDOS ATÉ 31/08/2018 - ACT 2018/2020 - CONDIÇÕES GERAIS**

**UNIDADE GESTORA**

**GESAP - GN PLANO DE SAUDE**

**UNIDADE(S) CORRESPONSÁVEL(IS)**

Não se aplica

**CLASSIFICAÇÃO**

Normativo Geral

**PÚBLICO ALVO**

Toda as unidades da CAIXA

**ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR**

Não se aplica

**RELAÇÃO COM OUTROS NORMATIVOS**

[AD029 Gestão Formal e Operacional de Contratos Administrativos e Atas de Registro de Preços](#)

[AE079 Apuração de Responsabilidade Disciplinar e Civil](#)

[AL028 Regime de Alçadas - Assistência e Promoção à Saúde](#)

[CR252 SISRH - Registro, Controle e Acompanhamento Contábil das Rotinas de Administração de Pessoas](#)

[CR269 SISBE - Registro Controle e Acompanhamento das Rotinas Contábeis da Área de Saúde e Bem-Estar](#)

[RH031 Mandato Eletivo](#)

[RH033 Licença para Tratar de Interesses Particulares e Licença para Acompanhar Cônjuge](#)

[RH049 Credenciamento de Profissionais e Entidades para Prestação de Serviços de Saúde](#)

[RH157 Licença para Exercício de Cargo de Direção - LED](#)

[RH209 Pagamento de Benefícios Previdenciários aos Assistidos Oriundos da PREVHAB](#)

**REGULAMENTAÇÃO UTILIZADA**

Decreto nº 2.346, de 10/10/1997

Instrução Normativa ANS nº 54, de 27/11/2014

Lei nº 9.656, de 03/06/1998

Resolução do Conselho Diretor CAIXA nº 919, de 02/06/2004

Resolução Normativa ANS nº 259, de 17/06/2011

Resolução Normativa ANS nº 268, de 01/09/2011

Resolução Normativa ANS nº 368, de 06/01/2015

**DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA**

Acordo Coletivo de Trabalho 2018/2020

Ata de Reunião nº 343, de 20/07/1977 – Criação do PAMS

**ROTEIRO PADRÃO**

Não se aplica

**NORMATIVOS REVOGADOS**

RH070 – SAÚDE CAIXA – CONDIÇÕES GERAIS

**ATENDIMENTO DE DÚVIDAS**

**GESAP - GN PLANO DE SAUDE**

**PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SAÚDE CAIXA - PARA EMPREGADOS ADMITIDOS ATÉ 31/08/2018 - ACT 2018/2020 - CONDIÇÕES GERAIS****1 OBJETIVO**

**1.1** Definir regras do plano de assistência à saúde para empregados e aposentados da CAIXA, com início de vínculo empregatício com a CAIXA até 31/08/2018, em conformidade com o ACT 2018/2020.

**2 DEFINIÇÕES**

- Abandono de Tratamento – é a interrupção de um procedimento pelo paciente, por intervalo acima de 30 dias, nos casos que necessitam mais de uma sessão para conclusão;
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão vinculado ao Ministério da Saúde com atribuições de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades inerentes à assistência suplementar à saúde;
- AR – Aviso de Recebimento;
- Atendimento de Urgência – compreende o atendimento de todo quadro de doença agudo, de início súbito, não habitual ao paciente e que possibilite a ida até um estabelecimento médico e será prestado na localidade onde o paciente se encontrar;
- Atendimento de Emergência – são os casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizados pelo médico assistente;
- Autogestão – pessoa jurídica que, por meio da área de gestão de pessoas, institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários;
- Autorização Prévia – autorização fornecida pela CAIXA, por meio da GIPES ou empresa de auditoria contratada, em precedência à realização do procedimento;
- AutoSC – Auto Atendimento Saúde CAIXA – Sistema de autoatendimento do Saúde CAIXA, disponível no endereço <https://autosoc.caixa.gov.br/autosoc>;
- Avaliação Clínica – avaliação do beneficiário, presencial, técnica e/ou administrativa, realizada por profissional de saúde da CAIXA ou auditoria contratada para possibilitar a tomada de decisão sobre uma autorização prévia ou custeio de procedimento, ou para possibilitar inferências sobre um universo a partir do estudo de uma pequena parte de seus componentes;
- Carência – é o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde, durante o qual o titular paga as mensalidades, mas o titular e seus dependentes não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato;
- Cartão da Gestante – documento de registro das consultas de pré-natal, que contém os principais dados de acompanhamento da gestação;
- Cartão virtual do Saúde CAIXA – aplicativo para visualização da carteira vigente do Saúde CAIXA, disponível para celulares e smartphones nas plataformas *Android*, *IOS* e *Windows phone*;
- Central de Atendimento Saúde CAIXA – empresa contratada pela CAIXA para atendimento aos beneficiários e prestadores credenciados ao Saúde CAIXA;
- CECOB – Centralizadora Nacional de Operações Contábeis e Logística;
- CEPES – Centralizadora Nacional Gestão de Pessoas;
- CONTEC – Confederação Nacional dos Trabalhadores nas Empresas de Crédito;
- Coparticipação – participação correspondente a 20% do valor das despesas assistenciais realizadas pelo grupo familiar e beneficiários indiretos do titular;
- DLE – Documento de Lançamento de Evento;
- Demonstrativo de Despesa do Saúde CAIXA – Documento disponível no SIAGS, aos titulares do plano de saúde, para verificação e comprovação das despesas realizadas pelo titular e seus beneficiários;
- EPI – Equipamento de Proteção Individual;
- Escolha Dirigida – modalidade de atendimento prestado ao beneficiário, por profissional ou entidade credenciada pela CAIXA;
- Fale Conosco – sistema de atendimento em formulário eletrônico, disponível no endereço <http://www.centraisaudercaixa.com.br/fale-conosco>, para envio de dúvidas e solicitações;
- FUNCEF – Fundação dos Economiários Federais;

- GEIFI – Gerência Nacional Controle e Informações Financeiras;
- GESAP – Gerência Nacional de Plano de Saúde;
- GIPES – Gerência de Filial de Gestão de Pessoas;
- Horário comercial – horário compreendido entre 8 horas e 19 horas em dias úteis;
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social;
- JURIR – Jurídico Regional;
- LAC – Licença para acompanhar cônjuge;
- LED – Licença para o exercício de cargo de direção;
- LIP – Licença para tratar de Interesse Particular;
- Livre Escolha – modalidade de atendimento prestado ao beneficiário por profissional ou entidade de sua preferência, não credenciada pela CAIXA;
- ME – Mandato Eletivo;
- Município de Demanda – Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento;
- PAMS – Programa de Assistência Médica Supletiva da CAIXA – formato de custeio do plano de saúde da Caixa Econômica Federal anterior ao Saúde CAIXA;
- Participação Beneficiário Restrito – participação correspondente a 100% do valor das despesas assistenciais realizadas pelo beneficiário restrito;
- Participação do Titular ou Pensionista – parte financeira que cabe ao titular ou beneficiário de pensão reembolsar à CAIXA quando da utilização da assistência prestada pelo Saúde CAIXA, nas formas de coparticipação, participação integral e/ou participação beneficiário restrito;
- Participação Integral – participação do titular ou pensionista correspondente a 100% do valor das despesas assistenciais realizadas pelo grupo familiar e beneficiários indiretos do titular ou pensionista;
- PMPP – Plano de Melhoria de Proventos e Pensões. Fundo para complementar as aposentadorias e pensões dos economiários aposentados durante o regime do SASSE;
- Portabilidade – dispensa do cumprimento de período de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem;
- Prazo intervalar – período de tempo, estabelecido em quantidade de dias, dentro do qual um procedimento de saúde pode ser realizado de acordo com a quantidade prevista na TUSS CAIXA;
- PRDP – Pedido de Reembolso de Despesas Saúde CAIXA;
- PREVHAB – Associação de Previdência dos Empregados do Banco Nacional da Habitação;
- PRM – Programa de Reembolso de Medicamentos, [RH223](#);
- RB – Remuneração base;
- Região de Saúde – espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- Remoção – Ato de remover o paciente de hospital ou serviço de pronto-atendimento para outro hospital ou serviço de pronto-atendimento;
- SASSE – Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários;
- Saúde CAIXA – Plano de Assistência à Saúde, instituído pela Caixa, em conformidade com o ACT 2018/2020, administrado pela CAIXA, sob a modalidade de autogestão, realizado por rede de profissionais e entidades credenciados, com abrangência nacional naquelas localidades onde exista pelo menos uma unidade CAIXA;
- SIAGS – Sistema de Autogestão em Saúde;
- SIAMS – Sistema de Assistência Médica;
- SUS – Sistema Único de Saúde;
- Tabela TUSS CAIXA – rol de procedimentos das assistências previstas no Saúde CAIXA;
- TISS – Troca de Informações da Saúde Suplementar. Padrão definido pela ANS para troca de informações entre as operadoras de plano de saúde e prestadores de serviço, bem como entre as operadoras de plano de saúde e a ANS.

- Titular – empregado ativo, aposentado ou titular de pensão que aderiu ao Saúde CAIXA.

### **3 NORMAS**

#### **3.1 DISPOSIÇÕES GERAIS**

**3.1.1** Este manual define as diretrizes gerais do Plano de Assistência à Saúde – Saúde CAIXA - ACT 2018/2020, cujas coberturas e condições específicas estão previstas nos [RH221](#), [RH223](#), [RH224](#) e [RH049](#).

**3.1.2** A CAIXA é registrada na ANS como operadora de plano de saúde, sob o número 31.292-4, classificada como autogestão administrada pela área de gestão de pessoas.

**3.1.3** O Saúde CAIXA é classificado na ANS como um plano de saúde coletivo por adesão e possui as seguintes características:

- abrangência geográfica nacional;
- amplitude de cobertura ambulatorial, hospitalar, obstétrica, odontológica, remoção, *check up*, programa de reembolso de medicamentos, assistência domiciliar, assistência geriátrica e escola especializada ou includente;
- adaptado à Lei 9.656/98.

**3.1.4** São custeados somente procedimentos previstos na Tabela TUSS CAIXA, disponível no [AutoSC link](#) Tabela de Procedimentos.

**3.1.5** Na Tabela TUSS CAIXA estão previstas as quantidades máximas, limites de idade e os prazos intervalares para os procedimentos custeados pelo Saúde CAIXA.

**3.1.5.1.1** O limite de quantidades e/ou prazos intervalares são estendidos, a critério da CAIXA, desde que com quantidades e/ou prazos pré-estabelecidos, mediante a solicitação de autorização prévia contendo o relatório do profissional de saúde assistente e após análise da justificativa técnica pelo profissional de saúde da CAIXA ou por ela designado.

**3.1.6** O padrão de acomodação do Saúde CAIXA é apartamento simples composto de 1 leito, acomodação para 1 acompanhante, banheiro privativo e mobiliário necessário ao tratamento do paciente.

**3.1.6.1** É permitido o credenciamento de prestador com previsão de acomodação coletiva (enfermaria), quando atendidas, cumulativamente, as situações a seguir:

- prestador proponente não possui apartamento individual em suas instalações;
- inexistência de prestadores no município com apartamento individual em suas instalações.

**3.1.6.2** É garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, quando houver indisponibilidade de leito hospitalar em padrão apartamento simples na rede prestadora credenciada.

#### **3.2 INSCRIÇÃO DE TITULARES E DEPENDENTES**

**3.2.1** Os beneficiários, titulares e dependentes, do Saúde CAIXA são aqueles previstos no [RH221](#).

#### **3.3 FORMATO DE CUSTEIO**

**3.3.1** Os recursos do Saúde CAIXA constituem-se de:

- Contribuição mensal da CAIXA, correspondente a 70% das despesas assistenciais;
- Contribuição mensal dos titulares de 30% das despesas assistenciais, composta por:
  - a) mensalidade do grupo familiar do empregado com contrato de trabalho vigente, servidor de outro órgão ou entidade (enquanto requisitado com ônus para a CAIXA), contratado a termo, dirigente CAIXA e empregado cedido: 2% sobre a RB, debitada por meio da Rubrica 460;
  - b) mensalidade do grupo familiar do aposentado e do titular de pensão: 2% sobre o benefício previdenciário e a suplementação paga pela previdência privada, debitada por meio da Rubrica 460;
  - c) mensalidade do grupo familiar do empregado no exercício de mandato eletivo e no exercício de cargo de direção – LED: 6,66% sobre RB do dia anterior ao afastamento do empregado, debitada por meio da Rubrica 460;
  - d) mensalidade do grupo familiar do empregado afastado por concessão da Licença para tratar de Interesses Particulares Incentivada – LIP Incentivada: 6,66% sobre RB do dia anterior ao afastamento do empregado, debitada por meio da Rubrica 460;

- e) mensalidade do titular de R\$110,00 para cada dependente indireto e ex-cônjuge inscrito até 12/08/1993, debitada por meio da Rubrica 960;
- f) coparticipação de 20% nas despesas assistenciais do grupo familiar, descontada por meio da Rubrica 461, limitada a um teto anual de R\$ 2.400,00, acumulado de 1º de janeiro a 31 de dezembro.

**3.3.1.1** A RB do titular empregado, para o cálculo da contribuição, é a definida como a remuneração mensal composta pelas rubricas salariais de natureza não eventual de acordo com a situação funcional, na data em que a RB é apurada.

**3.3.1.2** A RB do titular aposentado, e desligado da CAIXA, ou do titular de pensão é a soma do benefício previdenciário do INSS com o benefício do Fundo de Previdência Privada.

**3.3.2** A contribuição mensal da CAIXA de 70% das despesas, para o custeio do Saúde CAIXA, é calculada preliminarmente com base no exercício anterior, sendo este valor ajustado ao final de cada exercício.

**3.3.3** É realizado cálculo atuarial, em novembro de cada ano civil, e são apresentados balancetes para fins de acompanhamento do Plano e identificação da necessidade de reajuste dos valores das mensalidades e do limite anual de coparticipação, que passam a vigorar, automaticamente, a partir do ano seguinte.

**3.3.4** Ao final de cada exercício, havendo desequilíbrio na proporção estabelecida para custeio das despesas assistenciais, de 70% da CAIXA e 30% dos titulares do plano de saúde, é realizado o ajuste necessário.

**3.3.5** Havendo saldo superavitário, ao final de cada exercício, este saldo é acrescido à reserva técnica e após três exercícios de superávit, o saldo é revertido em benefício para o Plano de Saúde e para o formato de custeio.

**3.3.6** Havendo saldo deficitário, ao final de cada exercício, há o ajuste necessário da participação da CAIXA e dos titulares, respeitando-se sempre a proporção de 70% e 30%, respectivamente, ao longo do exercício seguinte.

**3.3.7** O Saúde CAIXA prevê a constituição e manutenção de fundo contábil, para reserva de contingência, de 5% dos valores de contribuições da CAIXA e dos participantes, na proporção estabelecida para as partes, cujo saldo será remunerado pela CAIXA com base na taxa SELIC.

**3.3.8** A partir do exercício de 2021, a parcela do custeio de responsabilidade da CAIXA prevista no subitem [3.3.1](#) será limitada ao teto de 6,50% da Folha de Pagamento e Proventos, excluídos os valores referentes ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, nos termos estabelecidos pelo estatuto da CAIXA.

**3.3.9** As receitas e despesas do Saúde CAIXA são lançadas em contas gráficas criadas pela GEIFI com subsídio da GESAP.

**3.3.10** Compete ao titular a conferência, no Demonstrativo de Despesas do Saúde CAIXA, das despesas referentes aos atendimentos efetuados por ele e/ou seus dependentes.

### **3.3.11 MENSALIDADE**

**3.3.11.1** O titular contribui com mensalidade no valor de 2% da remuneração base para o custeio do Saúde CAIXA, com vistas à cobertura do grupo familiar, assim entendido o titular e dependentes diretos.

**3.3.11.1.1** É permitida a formação de um único grupo familiar, no caso de titulares casados ou companheiros entre si, denominado de casal CAIXA.

**3.3.11.1.1.1** A mensalidade de grupo familiar formado por casal CAIXA é calculada sobre a RB do cônjuge/companheiro com maior valor de RB.

**3.3.11.1.2** A mensalidade do grupo familiar do titular é calculada sobre a RB do último dia do mês anterior ao mês de competência.

**3.3.11.1.2.1** A mensalidade do grupo familiar dos titulares que não têm RB cadastrada no sistema é cobrada, temporariamente, correspondente a 2% do salário inicial do Técnico Bancário Novo.

**3.3.11.1.2.2** A RB do aposentado e titular de pensão que recebe o benefício INSS separado do benefício da previdência privada (FUNCEF, PREVHAB, SASSE ou PMPP) é calculada com base no somatório do benefício previdenciário e do benefício pago pela previdência privada.

**3.3.11.2** Para cada beneficiário enquadrado como depende indireto o titular contribui com mensalidade no valor de R\$ 110,00.

**3.3.11.3** É devida a cobrança de mensalidade retroativa ao mês subsequente ao mês do óbito do titular, quando constatada a existência de utilização do plano de saúde por seus beneficiários no intervalo entre a data do óbito do titular e a opção ao Saúde CAIXA pelo titular de pensão ou responsável pela pensão.

**3.3.11.4** É devido o pagamento integral da mensalidade do grupo familiar e beneficiário indireto, independentemente da quantidade de dias de vigência da adesão ou inscrição do titular ou beneficiário no Saúde CAIXA, inclusive nas situações a seguir:

- mês da adesão ao Saúde CAIXA;



- mês do cancelamento da adesão ao Saúde CAIXA;
- mês da rescisão ou suspensão do contrato de trabalho na CAIXA.

**3.3.11.5** O débito de mensalidade do grupo familiar e do dependente indireto não observa o limite de 10% da RB para desconto mensal.

**3.3.11.6** A cobrança da mensalidade é efetuada em folha de pagamento dos titulares classificados a seguir:

- empregados da CAIXA;
- aposentados e titulares de pensão vinculados à FUNCEF, PREVHAB e SASSE.

**3.3.11.7** A cobrança da mensalidade é efetuada em conta de depósito do titular, na CAIXA, nas situações a seguir:

- por determinação judicial;
- a pedido do beneficiário, por escrito, à GIPES de atendimento, em situação de mensalidade inadimplente;
- recebimento, pelo titular aposentado ou titular de pensão, de proventos do INSS separadamente da folha da FUNCEF, PREVHAB e SASSE;
- recebimento, pelo titular aposentado ou titular de pensão, de proventos somente do INSS ou de outros órgãos de previdência;
- empregados em licença para:
  - mandato eletivo, [RH031](#);
  - exercício de cargo de direção, [RH157](#);
  - LIP Incentivada, [RH033](#).

### **3.3.12 PARTICIPAÇÃO DO TITULAR**

**3.3.12.1** A participação é a parte financeira que cabe ao titular reembolsar à CAIXA quando da utilização das assistências prestadas pelo Saúde CAIXA, nas formas de coparticipação, participação integral e/ou participação beneficiário restrito.

**3.3.12.2** O débito de participação no regime de Escolha Dirigida é feito em folha de pagamento para os empregados da CAIXA, aposentados e titular de pensão vinculados à FUNCEF, PREVHAB e SASSE, limitado a 10% da RB do titular.

**3.3.12.2.1** A cobrança da participação é efetuada em conta de depósito do titular, na CAIXA, nas situações a seguir:

- por determinação judicial;
- recebimento, pelo titular aposentado ou titular de pensão, de proventos do INSS separadamente da folha da FUNCEF, PREVHAB e SASSE;
- recebimento, pelo titular aposentado ou titular de pensão, de proventos somente do INSS ou de outros órgãos de previdência;
- empregados em licença para:
  - mandato eletivo, [RH031](#);
  - exercício de cargo de direção, [RH157](#)
  - LIP Incentivada, [RH033](#)

**3.3.12.2.2** O saldo restante da participação, quando houver, é debitado nos meses subsequentes, sempre limitado a 10% da RB do titular.

**3.3.12.2.3** O débito da participação no regime de Escolha Dirigida é realizado sempre no mês subsequente ao do cálculo do pagamento ao credenciado.

**3.3.12.3** O desconto da participação no regime de Livre Escolha é realizado no ato do reembolso.

**3.3.12.4** É devida a cobrança de cada tipo de participação em rubrica diferenciada.

**3.3.12.5** É direito do beneficiário contestar os valores da participação, com prazo prescricional de cinco anos, até o limite de dois anos após o cancelamento da adesão ao Saúde CAIXA.

### **3.3.13 COPARTICIPAÇÃO**

**3.3.13.1** A coparticipação do titular é de 20% sobre as despesas com utilização do Saúde CAIXA no regime de escolha dirigida e livre escolha pelo grupo familiar e beneficiário indireto.

**3.3.13.2** A coparticipação, a partir de 01/01/2009, está limitada ao valor anual de R\$2.400,00 para qualquer faixa etária, dentro do ano civil.

**3.3.13.3** O cálculo do valor do limite anual de coparticipação está vinculado à data do atendimento prestado ao titular e seus beneficiários.

### **3.3.14 PARTICIPAÇÃO INTEGRAL**

**3.3.14.1** A participação integral é de 100% sobre as despesas com utilização do Saúde CAIXA pelo grupo familiar e beneficiário indireto, quando verificadas as situações a seguir:

- alta administrativa do beneficiário, no tratamento da dependência química, por infringência às normas internas da clínica;
- procedimento utilizado acima da quantidade permitida no prazo intercalar estabelecido de acordo com o contido na Tabela TUSS CAIXA disponível no [AutoSC](#);
- não comparecimento ao horário agendado sem aviso prévio de, no mínimo, 24 horas para:
  - *Check Up*;
  - consulta odontológica;
  - consulta com nutricionista;
  - sessões de tratamento psicoterápico;
  - sessões de fonoaudiologia;
  - sessões de fisioterapia.

**3.3.14.2** A participação integral não é considerada no cálculo do teto anual de coparticipação.

**3.3.14.3** As despesas ocorridas a partir da data da perda do direito ao Saúde CAIXA pelo beneficiário serão cobradas integralmente do titular, caso o atendimento tenha sido realizado mediante apresentação de cartão extraviado dentro do prazo de validade.

### **3.3.15 PARTICIPAÇÃO BENEFICIÁRIO RESTRITO**

**3.3.15.1** A participação do titular é de 100% sobre as despesas com procedimentos permitidos para beneficiário restrito.

**3.3.15.1.1** A CAIXA reserva-se ao direito de pagar ao credenciado a despesa havida com beneficiário restrito e efetuar a cobrança integral do titular.

**3.3.15.2** Os procedimentos permitidos para beneficiário restrito podem ser consultados no [AutoSC](#), Tabela de Procedimentos.

**3.3.15.3** É vedada a concessão de autorização para internação de beneficiário restrito, ainda que decorrente da realização de procedimento previsto no subitem [3.3.15.2](#).

**3.3.15.4** A despesa havida com os demais procedimentos não previstos para beneficiários restritos nesta norma, inclusive internação hospitalar, é paga pelo titular ou pelo beneficiário, diretamente ao credenciado, com negociação antecipada entre as partes.

**3.3.15.5** Caso não seja possível efetuar a cobrança total das despesas havidas com beneficiário restrito de uma única vez, o saldo remanescente é corrigido pela Taxa Referencial mensal, mais juros de 0,5% ao mês, e cobrado no mês subsequente, sempre limitado a 40% da RB do titular.

**3.3.15.6** A despesa de saúde havida por beneficiário restrito não é considerada no cálculo do teto anual de coparticipação.

## **3.4 SALDO DEVEDOR**

### **3.4.1 INADIMPLÊNCIA DE MENSALIDADE**

**3.4.1.1** O não pagamento por período superior a 60 dias, consecutivos, de mensalidade do Saúde CAIXA, acarreta a suspensão do Plano para o titular e seus dependentes, desde que o titular seja notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

**3.4.1.1.1** As mensalidades em atraso do grupo familiar e do beneficiário indireto são debitadas em grupos de até 3 mensalidades enquanto perdurar o saldo devedor.

**3.4.2 ÓBITO DO TITULAR**

**3.4.2.1** No óbito do titular os valores referentes aos saldos devedores de coparticipação do Saúde CAIXA são quitados pelo resseguro.

**3.4.2.1.1** No óbito do titular empregado, são debitados das verbas rescisórias os saldos devedores do titular registrados nas demais rubricas do Saúde CAIXA ou nas rubricas do PAMS.

**3.4.2.1.2** O saldo devedor não debitado das verbas rescisórias e/ou saldo devedor residual gerado por reprocessamento das despesas pagas e/ou reembolsadas são transferidos para o(s) pensionista(s) habilitado(s) como beneficiário(s) de pensão no Saúde CAIXA.

**3.4.2.1.2.1** Havendo mais de um pensionista, é devida a quotização do saldo devedor entre os pensionistas, proporcionalmente, conforme o percentual de cada pensão.

**3.4.2.1.2.2** Na inexistência de pensionista, a cobrança do saldo devedor deve ser habilitada junto ao espólio pela GIPES de atendimento.

**3.4.2.1.2.3** É devida a transferência do saldo devedor para a matrícula do empregado ativo ou aposentado quando o responsável por pensão é titular do Saúde CAIXA.

**3.4.3 AFASTAMENTO OU DESLIGAMENTO DO EMPREGADO**

**3.4.3.1** É devida a cobrança do saldo devedor do titular, referente ao Saúde CAIXA e/ou ao PAMS, nos afastamentos a seguir:

- desligamento do empregado por motivo de rescisão contratual, a pedido ou por justa causa, exceto aposentadoria.
- licença concedida ao titular por um dos motivos a seguir:
  - a) LIP, conforme [RH033](#);
  - b) LIP Incentivada, conforme [RH033](#), caso o empregado afastado decida pela suspensão do plano de saúde;
  - c) LAC, conforme [RH033](#);
  - d) LED, conforme [RH157](#), caso o empregado afastado decida pela suspensão do plano de saúde;
  - e) ME, conforme [RH031](#), caso o empregado afastado decida pela suspensão do plano de saúde.

**3.4.3.1.1** Os saldos devedores do titular registrados nas rubricas do Saúde CAIXA e/ou PAMS são debitados das verbas rescisórias.

**3.4.3.1.1.1** É devida a cobrança de saldo devedor não debitado das verbas rescisórias e/ou saldo devedor residual gerado por reprocessamento das despesas pagas.

**3.4.4 COBRANÇA DE SALDO DEVEDOR**

**3.4.4.1** É devida a cobrança de saldo devedor de titular ou responsável por pensão.

**3.4.5 LANÇAMENTO DE VALOR A PREJUÍZO**

**3.4.5.1** O lançamento de valores de saldos devedores a prejuízo é devido quando cumpridas todas as situações a seguir:

- a) esgotamento de tentativas administrativas para cobrança do saldo devedor;
- b) emissão de parecer do JURIR que ateste a existência de custo x benefício descompensado para ajuizamento de ação;
- c) apuração de responsabilidade disciplinar e civil, [AE079](#);
- d) cumprimento às alçadas estabelecidas no [AL028](#).

**3.5 COMPROVANTE PARA O IMPOSTO DE RENDA**

**3.5.1** A CAIXA disponibiliza por meio do [AutoSC](#), anualmente, o comprovante para Imposto de Renda, referente às despesas pagas pelo titular.

**3.6 PROCEDIMENTOS SEM COBERTURA PELO SAÚDE CAIXA**

**3.6.1** Os procedimentos abaixo listados não são passíveis de custeio pelo Saúde CAIXA:

- a) avaliação pedagógica;

- b) cursos e atividades similares, mesmo que incluam abordagens terapêuticas com foco no participante beneficiário do Saúde CAIXA;
- c) conjugação de procedimentos existentes na tabela TUSSCAIXA ou no ROL da ANS, com o objetivo de custeio de evento, cirúrgico ou não, sem cobertura obrigatória pela TUSSCAIXA e/ou ROL ANS;
- d) despesa hospitalar extraordinária referente a, entre outras, telefonema, televisão, ar condicionado, alimentação não prescrita no tratamento, serviço de lavanderia particular e indenização por dano ou destruição de objetos;
- e) despesa hospitalar de iniciativa do beneficiário e não prescrita pelo médico assistente;
- f) exame de paternidade;
- g) qualquer técnica de reprodução assistida;
- h) internação para realização de exames de diagnóstico que não requeiram o procedimento e/ou administração de medicamentos;
- i) orientação vocacional;
- j) procedimento assistencial realizado sem atendimento às condições estabelecidas nos normativos do Saúde CAIXA;
- k) procedimento não reconhecido pelo Ministério da Saúde e conselhos federais de profissionais da área de saúde;
- l) procedimentos idênticos, realizados simultaneamente por profissionais diferentes;
- m) psicoterapia com objetivo de supervisão profissional ou para cumprimento de compromisso curricular;
- n) psicoterapia individual para membros de um mesmo núcleo familiar realizada, simultaneamente, pelo mesmo profissional assistente;
- o) psicoterapia de grupo para o 2º e demais dependentes de mesmo titular, se participante do mesmo grupo terapêutico;
- p) procedimentos realizados além do limite previsto nos normativos do Saúde CAIXA e/ou tabela TUSC CAIXA sem autorização da CAIXA;
- q) recanalização de trompas e canais deferentes;
- r) reversão de vasectomia;
- s) tratamento em estância hidromineral, hidrotermal e de repouso;
- t) tratamento no exterior;
- u) vacinas não previstas no rol de cobertura disponível no [AutoSC](#) em Tabela de Reembolso;
- v) procedimento não previsto no rol de procedimentos do Saúde CAIXA e qualquer despesa decorrente da sua realização;
- w) despesas com EPI;
- x) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- y) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para esses fins;
- z) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- aa) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- bb) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não enquadrados nas regras previstas no [RH223](#);
- cc) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não enquadrados nas regras previstas no [RH223](#);
- dd) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- ee) procedimentos e/ou tratamentos decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

### **3.7 CARÊNCIA**

**3.7.1** A carência para utilização do Saúde CAIXA é de 180 dias corridos, contados da data da adesão ao Saúde CAIXA, nas situações a seguir:

- empregado cuja adesão ao Saúde CAIXA ocorra após o 38º dia da assinatura do contrato de trabalho com a CAIXA;

- empregado em retorno de LIP Incentivada, na situação em que não houve opção ao Plano, LIP ou LAC cuja adesão ao Saúde CAIXA ocorra após o 38º dia do retorno da licença;
- empregado, cuja adesão ao Saúde CAIXA ocorra após o 38º dia do retorno de:
  - LAC;
  - LIP;
  - LIP Incentivada, na situação em que não houve opção ao Plano;
  - Mandato eletivo, na situação em que não houve opção ao Plano;
  - LED, na situação em que não houve opção ao Plano.
- suspensão do contrato de trabalho;
- titular em retorno à adesão ao Saúde CAIXA, cuja adesão anterior, foi cancelada a pedido do titular ou por determinação judicial;
- empregado licenciado para exercício de cargo na FENAE ou em Associação de Pessoal.

**3.7.1.1** Nova adesão de titular, com adesão anterior cancelada a pedido do titular ou por determinação judicial, é condicionada ao decurso de 365 dias da data de exclusão.

**3.7.1.2** É dispensada a carência para realização de consultas e atendimentos de emergência e urgência.

**3.7.1.3** É assegurada a portabilidade, obedecidas as regras da ANS.

### **3.8 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

**3.8.1** Os procedimentos que dependem de autorização prévia estão disponíveis no [AutoSC](#), *link* Tabela de Procedimentos.

**3.8.2** É obrigatória a solicitação de autorização prévia, independentemente de na tabela informada no subitem [3.8.1](#) constar como procedimento sem necessidade de autorização, a realização de procedimentos nas situações relacionadas a seguir:

- em domicílio;
- em internação hospitalar;
- nas assistências em que o [RH223](#) exige autorização prévia;
- nas situações contempladas no subitem [3.1.5.1.1](#);
- nas situações de garantia de atendimento por inexistência ou indisponibilidade de rede credenciada, conforme item [3.11.5](#).

### **3.9 AVALIAÇÃO POR AMOSTRAGEM**

**3.9.1** A avaliação por amostragem presencial ou à distância é realizada para subsidiar ações na assistência do Saúde CAIXA.

**3.9.2** A GIPES de atendimento, a qualquer tempo, pode solicitar algum tipo de avaliação, para esclarecer dúvidas e/ou acompanhar o tratamento.

**3.9.3** O beneficiário do Saúde CAIXA ou seu representante legal é obrigado a encaminhar documentos, laudos e exames complementares quando solicitados pela CAIXA ou auditoria contratada, sob pena de não ser reembolsado no regime de Livre Escolha, e se for escolha dirigida efetuar o pagamento integral.

**3.9.4** O beneficiário do Saúde CAIXA ou seu representante legal tem o direito de solicitar a qualquer momento avaliação por amostragem presencial para esclarecimentos ou para acompanhamento dos procedimentos propostos ou dos procedimentos realizados por profissional credenciado.

### **3.10 DIVERGÊNCIAS TÉCNICO-ASSISTENCIAL**

**3.10.1** Em caso de divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas em função da terceira opinião arcadas pela CAIXA.

**3.10.1.1** É permitida ao profissional assistente a recusa de até três nomes indicados por parte da CAIXA para composição da junta médica.

### **3.11 MODALIDADE DE ATENDIMENTO**

**3.11.1** O atendimento na modalidade de Escolha Dirigida, em localidade diferente da região de abrangência da GIPES de atendimento do titular, submete o beneficiário assistido às rotinas operacionais da GIPES de atendimento do município do atendimento.

**3.11.2** O atendimento na modalidade de Livre Escolha submete o beneficiário assistido às rotinas operacionais da GIPES de atendimento do titular.

### **3.11.3 ESCOLHA DIRIGIDA**

**3.11.3.1** A escolha do credenciado para realização de procedimento de saúde fica a critério do titular ou dependente.

**3.11.3.2** Não é custeado procedimento realizado por profissional que seja cônjuge, pai, mãe, filho ou parente até 3º grau do beneficiário atendido.

**3.11.3.3** Para atendimento do beneficiário pela rede credenciada do Saúde CAIXA é obrigatória a apresentação do Cartão de Identificação do Saúde CAIXA, em material plástico, papel ou cartão virtual juntamente com o documento de identidade.

**3.11.3.3.1** Para atendimento em prestador vinculado a outra operadora credenciada no município, além do previsto no subitem [3.11.3.3](#), é obrigatória a apresentação da carteira própria da outra operadora, quando fornecida ao beneficiário.

**3.11.3.3.2** É proibido o fornecimento do número do cartão do Saúde CAIXA por telefone ou fax, por motivo de segurança.

**3.11.3.4** É vedado o pagamento de valor a título de antecipação ou complementação de pagamento de procedimentos custeados pelo Saúde CAIXA.

**3.11.3.5** O pagamento dos serviços prestados pela rede credenciada é realizado pela CAIXA diretamente ao profissional ou entidade, mediante apresentação da Guia de atendimento padrão TISS, conforme definido pela ANS, assinada pelo beneficiário, no ato do atendimento.

**3.11.3.6** No intuito de ajudar na escolha do profissional médico obstetra, a beneficiária pode solicitar à GESAP o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais efetuados pelo Saúde CAIXA relativos ao ano imediatamente anterior.

**3.11.3.6.1** As informações prestadas serão referentes aos dados vinculados apenas aos partos efetuados pela Operadora, e não ao total de partos realizados pelos médicos ou estabelecimentos.

**3.11.3.6.2** O Saúde CAIXA também disponibiliza o Cartão da Gestante, disponível no endereço <http://saude.caixa.gov.br/portal> (abrir preferencialmente no navegador Mozilla Firefox).

**3.11.3.6.2.1** O Cartão da Gestante permanece em posse da gestante e é apresentado em todos os atendimentos de saúde realizados durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

### **3.11.4 LIVRE ESCOLHA**

**3.11.4.1** É vedado o reembolso de procedimentos ainda não realizados.

**3.11.4.2** O reembolso é devido quando cumpridas as regras previstas nos normativos do Saúde CAIXA.

**3.11.4.3** A solicitação de reembolso é realizada pelo titular, conforme subitem [4.5.1.1](#).

**3.11.4.4** O reembolso é efetuado por meio de crédito na conta de depósito do titular, em até 30 dias após a entrega da documentação prevista no subitem [4.5.1.1](#).

**3.11.4.4.1** Compete ao titular arquivar os documentos fiscais originais, subitem [4.5.1.1](#), pelo prazo de 05 anos, a contar da data do crédito do reembolso.

**3.11.4.4.2** A CAIXA pode, a qualquer momento, requerer do titular a apresentação dos originais dos documentos fiscais.

**3.11.4.5** O valor reembolsável é o menor dos valores entre aqueles pagos pelo beneficiário e o valor constante na Tabela TUSS CAIXA, disponível no [AutoSC link](#) reembolso/Tabela de Reembolso na data do atendimento ou início do tratamento.

**3.11.4.5.1** Do valor reembolsável é deduzida a coparticipação do titular.

**3.11.4.6** Os atendimentos referentes a mais de 1 beneficiário são desmembrados em pedidos de reembolsos distintos.

**3.11.4.6.1** Para cada atendimento prestado é apresentado um documento fiscal.

**3.11.4.6.2** É vedado reembolso de documentos fiscais que caracterizem o desdobramento da despesa ocorrida com o mesmo beneficiário.

**3.11.4.7** É vedado reembolso de despesa decorrente de atendimento prestado por profissionais que se enquadrem em pelo menos uma das situações a seguir:

- que mantenham vínculo empregatício com a CAIXA;
- cônjuge, pai, mãe, filho ou parente até 3º grau do beneficiário atendido;
- pertencentes à rede credenciada do Saúde CAIXA, na especialidade à qual o reembolso se refere;
- pertencentes ao quadro de profissionais da empresa de auditoria médica contratada.

### **3.11.5 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO**

**3.11.5.1** O Saúde CAIXA garante o atendimento do beneficiário em prestador credenciado em município limítrofe ou município da região de saúde à qual faz parte o município da demanda, nas situações a seguir:

- a) existência de rede credenciada no município de demanda, mas com indisponibilidade de atendimento;
- b) inexistência de rede credenciada no município de demanda.

**3.11.5.1.1** É priorizado o atendimento pela Livre Escolha, com reembolso pelo valor integral orçado pelo prestador não credenciado no município de demanda, nas situações previstas no subitem [3.11.5.1](#), quando cumpridos, cumulativamente, os critérios a seguir:

- valor cobrado pelo prestador não credenciado no município da demanda é mais vantajoso para o Saúde CAIXA que o atendimento em outro município, cabendo à GIPES avaliar a relação custo por benefício;
- solicitação de autorização prévia pelo titular/beneficiário com, no mínimo, 48 horas de antecedência para atendimento pela Livre Escolha;
- apresentação pelo titular/beneficiário do valor orçado pelo prestador não credenciado para realização do evento/serviço.

**3.11.5.1.1.1** É permitido ao Saúde CAIXA a indicação de outro prestador não credenciado para cumprimento do previsto no subitem [3.11.5.1.1](#).

**3.11.5.1.1.2** Garantido o atendimento pela Livre Escolha, conforme subitem [3.11.5.1.1](#), do valor reembolsável é deduzida a coparticipação do titular, conforme item [3.3.13](#).

**3.11.5.2** O Saúde CAIXA garante o atendimento do beneficiário em credenciado de qualquer outro município do país nas situações a seguir:

- a) existência de rede credenciada no município de demanda, nos municípios limítrofes e na região de saúde, mas com indisponibilidade de atendimento;
- b) inexistência de rede credenciada no município de demanda, nos municípios limítrofes e na região de saúde.

**3.11.5.2.1** É priorizado o atendimento pela Livre Escolha, com reembolso pelo valor integral orçado por prestador não credenciado no município da demanda, em municípios limítrofes ou na região de saúde, nas situações previstas no subitem [3.11.5.2](#), quando cumpridos, cumulativamente, os critérios a seguir:

- valor cobrado pelo prestador não credenciado no município da demanda é mais vantajoso para o Saúde CAIXA que o atendimento em outro município, cabendo à GIPES avaliar a relação custo por benefício;
- solicitação de autorização prévia pelo titular/beneficiário com, no mínimo, 48 horas de antecedência para atendimento pela Livre Escolha;
- apresentação pelo titular/beneficiário do valor orçado pelo prestador não credenciado para realização do evento/serviço.

**3.11.5.2.1.1** É permitida ao Saúde CAIXA a indicação de outro prestador não credenciado para cumprimento do previsto no subitem [3.11.5.2.1](#).

**3.11.5.2.1.2** Garantido o atendimento pela Livre Escolha, conforme subitem [3.11.5.2.1](#), do valor reembolsável é deduzida a coparticipação do titular.

**3.11.5.3** Quando, para manutenção da garantia do atendimento do beneficiário, a autorização é concedida para realização em município diferente do município da demanda, o custo com transporte e hospedagem é arcado integralmente, com isenção de coparticipação do titular, item [3.3.13](#), pelo Saúde CAIXA.

**3.11.5.3.1** O meio de transporte e a localidade de destino são definidos pela CAIXA.

**3.11.5.4** Nas situações de urgência ou emergência, comprovadas por meio de relatório do profissional assistente, é garantido o atendimento no município da demanda, pela modalidade de Livre Escolha, quando da inexistência ou indisponibilidade de credenciado para atendimento no mesmo município de localização do beneficiário, sem a necessidade de solicitação de autorização prévia.

**3.11.5.4.1** A dispensa de solicitação de autorização prévia para realização de serviço/tratamento na situação prevista no subitem [3.11.5.4](#), não desobriga o custeio conforme coberturas previstas pelo Saúde CAIXA, bem como não impede a CAIXA de glosar no cálculo do reembolso valores que estejam em desconformidade com os normativos do Saúde CAIXA.

**3.11.5.4.2** Nas situações previstas no subitem [3.11.5.4](#) o custeio ocorre em consonância com o disposto a seguir:

- parecer emitido pelo profissional de saúde auditor, referente ao relatório do profissional de saúde assistente com justificativa para urgência ou emergência e para os insumos utilizados na realização do serviço/tratamento;
- cálculo do reembolso de acordo o valor integral pago ao prestador pelo beneficiário, observado o disposto no subitem [3.11.5.4.1](#);
- retenção da coparticipação no ato do reembolso de acordo com o item [3.3.13](#).

### **3.12 ATENDIMENTO SAÚDE CAIXA**

**3.12.1** O Saúde CAIXA disponibiliza o serviço de atendimento aos beneficiários e prestadores credenciados por meio da Central de Atendimento Saúde CAIXA. O serviço compreende o atendimento telefônico e eletrônico e é disponibilizado pelos canais:

- Telefone 0800 095 60 94;
- Atendimento eletrônico [on line \(chat\)](#);
- Atendimento eletrônico em formulário [Fale Conosco](#);
- [AutoSC](#) .

**3.12.2** A Central de Atendimento funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e presta atendimento de dúvidas, sugestões e reclamações sobre:

- inscrição, renovação e cancelamento de inscrição de beneficiários do Saúde CAIXA, previstos no [RH221](#);
- assistências previstas no [RH223](#) e [RH224](#);
- credenciamento de prestadores de serviços de saúde junto ao Saúde CAIXA, [RH049](#);
- condições gerais do Plano.

### **3.13 ARQUIVO DO SAÚDE CAIXA**

**3.13.1** A organização e temporalidade dos arquivos de documentos seguem o estabelecido nos normativos vigentes.

### **3.14 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA**

**3.14.1** O Conselho de Usuários é um órgão autônomo de caráter consultivo, criado com a finalidade de oferecer a CAIXA subsídios ao aperfeiçoamento da gestão do plano de Assistência à Saúde – Saude Caixa, conforme as normas, regulamento e legislação em vigor.

**3.14.2** O Conselho de Usuários do Saúde CAIXA é composto por:

- 5 participantes titulares e seus respectivos suplentes, indicados pela CAIXA;
- 5 participantes titulares e seus respectivos suplentes eleitos pelos empregados da CAIXA, ativos e aposentados, participantes titulares do Saúde CAIXA.

**3.14.3** O Regimento Interno do Conselho de Usuários do Saúde CAIXA consta no [Anexo I](#).

### **3.15 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA**

**3.15.1** O Conselho Consultivo do Saúde CAIXA é um órgão colegiado autônomo de caráter consultivo, criado com a finalidade de oferecer à CAIXA subsídios ao aperfeiçoamento da gestão e dos benefícios do Saúde CAIXA, conforme as normas, regulamento e legislação em vigor.

**3.15.2** O Conselho Consultivo do Saúde CAIXA é composto por 6 membros titulares e seus respectivos suplentes, denominados Conselheiros, indicados:

- pelo Vice-Presidente de Gestão de Pessoas da CAIXA;
- pela CONTEC, de forma paritária.

**3.15.3** O Regimento Interno do Consultivo do Saúde CAIXA consta [Anexo II](#).



**3.16 RESPONSABILIDADES PELO SAÚDE CAIXA****3.16.1 CAIXA**

**3.16.1.1** Responsável pela gestão e operacionalização do Saúde CAIXA e despesas administrativas sem qualquer custo adicional para o Programa.

**3.16.2 GESAP**

**3.16.2.1** Representa, nacionalmente, a área de saúde da CAIXA, perante órgãos públicos e organizações de saúde ou afins.

**3.16.2.2** Acompanha a legislação pertinente à área de saúde.

**3.16.2.3** Acompanha a execução dos processos em âmbito nacional.

**3.16.2.4** Planeja, implementa e acompanha o controle orçamentário dos recursos do Saúde CAIXA.

**3.16.2.5** Acompanha e controla as receitas e as despesas do Saúde CAIXA e propõe medidas, visando o equilíbrio financeiro e a sustentabilidade do Programa.

**3.16.2.6** Define as diretrizes e padrões do Saúde CAIXA.

**3.16.2.7** Regulamenta os processos do Saúde CAIXA, acompanhando e controlando sua execução.

**3.16.2.8** Acompanha a utilização do Saúde CAIXA.

**3.16.2.9** Analisa e decide sobre procedimentos realizados sem a devida autorização prévia.

**3.16.2.10** Analisa e decide sobre procedimentos que necessitam de autorização prévia da GESAP.

**3.16.2.11** Analisa e decide sobre procedimentos não previstos na Tabela TUSS CAIXA.

**3.16.2.12** Analisa e decide sobre solicitações em grau de recurso.

**3.16.2.13** Atualiza a Tabela TUSS CAIXA

**3.16.2.14** Atualiza a página do Saúde CAIXA na *internet*, a Cartilha do Beneficiário e o Manual do Credenciado.

**3.16.2.15** Define parâmetros de negociação para a tabela negociada com os credenciados.

**3.16.2.16** Intermedia as negociações e acordos com profissionais e instituições.

**3.16.2.17** Analisa e decide sobre reajuste de tabela e inclusão de procedimentos negociados pelas GIPES.

**3.16.2.18** Retém e recolhe os encargos sociais incidentes sobre os valores de serviços prestados pela rede credenciada.

**3.16.2.19** Efetua o ressarcimento ao SUS.

**3.16.2.20** Efetua a gestão operacional e o acompanhamento do SIAGS, de acordo com o [AD029](#).

**3.16.2.21** Administra os convênios de reciprocidade.

**3.16.3 GIPES**

**3.16.3.1** Acompanha a utilização do Saúde CAIXA no seu âmbito de atuação.

**3.16.3.2** Analisa e decide sobre reembolso de procedimentos no seu âmbito de atuação.

**3.16.3.3** Analisa e decide sobre procedimentos que necessitam de autorização prévia no seu âmbito de atuação.

**3.16.3.4** Analisa recursos e quando houver fatos novos encaminha à GESAP, com manifestação técnica e administrativa.

**3.16.3.5** Analisa e decide sobre procedimentos realizados sem a devida autorização prévia.

**3.16.3.6** Realiza acompanhamento quantitativo e qualitativo da rede de credenciados.

**3.16.3.7** Negocia valores da Tabela TUSS CAIXA no seu âmbito de atuação.

**3.16.3.8** Convoca o beneficiário para avaliação clínica, por motivos técnicos ou administrativos.

**3.16.3.9** Solicita documentação do beneficiário e/ou profissional assistente para subsidiar análise técnica de profissional da CAIXA ou de profissional por ela designado.

**3.16.3.10** Realiza pagamento de prestação de serviços ao credenciado.

**3.16.3.11** Procede acerto de desconto de participação.

**3.16.3.12** Representa, regionalmente, a área de saúde da CAIXA, perante órgãos públicos e organizações de saúde ou afins.

**3.16.3.13** Operacionaliza os convênios de reciprocidade.

#### **3.16.4 CEPES**

**3.16.4.1** Analisa e decide sobre inscrições e renovações dos beneficiários do Saúde CAIXA, conforme [RH221](#).

**3.16.4.2** Analisa e decide sobre solicitação de remoção aérea e terrestre.

**3.16.4.3** Atua na gestão da Central de Atendimento Saúde CAIXA.

#### **3.16.5 BENEFICIÁRIO DO SAÚDE CAIXA**

**3.16.5.1** Preserva e promove sua saúde.

**3.16.5.2** Confere o Demonstrativo de Despesas do Saúde CAIXA.

**3.16.5.3** Notifica à GIPES de atendimento as ocorrências que comprometam a qualidade da assistência prestada pela rede credenciada e procedimentos incompatíveis com as normas vigentes.

**3.16.5.4** Comunica à GIPES de atendimento abandono de tratamento.

**3.16.5.5** Observa as exigências dos normativos e condições estabelecidas na Tabela TUSS CAIXA, disponibilizada no [AutoSC](#), Cartilha do beneficiário e site do Saúde CAIXA.

**3.16.5.6** Comparece à avaliação clínica, quando convocado, e/ou fornece a documentação solicitada pela GIPES, sob pena de cobrança integral do procedimento.

**3.16.5.7** O beneficiário está sujeito à penalidade de suspensão do benefício quando verificado o não cumprimento dos normativos.

**3.16.5.7.1** O titular possui responsabilidades sobre atuação e utilização do Saúde CAIXA por seus dependentes.

**3.16.5.8** É responsável por portar seu cartão de identificação e acompanhar a sua validade, bem como solicitar renovação do titular/dependentes conforme regras dispostas no [RH221](#).

#### **3.16.6 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA**

**3.16.6.1** Analisa e opina sobre alterações que venham a repercutir na modelagem financeira e atuarial do Saúde CAIXA.

**3.16.6.2** Examina e opina sobre os Relatórios de Desempenho do Saúde CAIXA.

**3.16.6.3** Examina e opina sobre as contas do Saúde CAIXA.

**3.16.6.4** Propõe alterações e aperfeiçoamentos no Saúde CAIXA.

**3.16.6.5** Propõe alterações no Regimento Interno do Conselho.

**3.16.6.6** Sugere a inclusão ou exclusão de procedimentos previstos no Saúde CAIXA assim como alternativas para realização de cálculo atuarial.

#### **3.16.7 MEMBROS DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA**

**3.16.7.1** Participam e votam nas reuniões do Conselho.

**3.16.7.2** Propõem matérias a serem examinadas pelo Conselho.

**3.16.7.3** Solicitam, por intermédio da instituição representada, a convocação de reuniões extraordinárias do Conselho.

**3.16.7.4** Relatam as matérias propostas pela instituição representada.

#### **3.16.8 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA**

**3.16.8.1** Analisa o desempenho financeiro do Saúde CAIXA.

**3.16.8.2** Examina as contas do Saúde CAIXA, propondo alterações no seu formato de custeio sempre que necessário.

**3.16.8.3** Propõe alterações para o aperfeiçoamento do Saúde CAIXA.

**3.16.8.4** Propõe sobre a inclusão ou exclusão de coberturas previstas no Saúde CAIXA, com base nos recursos disponíveis.

**3.16.8.5** Acompanha o desempenho financeiro do Programa, propondo alterações nos valores de contribuição dos titulares sempre que houver necessidade.

**3.16.8.6** Presta esclarecimentos aos usuários.

**3.16.8.7** Avalia os serviços prestados pelo Saúde CAIXA.

**3.16.8.8** Promove o entrosamento e aproximação dos usuários com a GIPES.

**3.16.8.9** Acompanha as condições de acesso do usuário aos serviços do Saúde CAIXA.

**3.16.8.10** Discute e propõe soluções para os problemas vivenciados pelos usuários.

**3.16.8.11** Sugere políticas e programas de saúde, observados os recursos disponíveis.

**3.16.8.12** Remete às instâncias competentes propostas de alterações do Regimento.

**3.16.8.13** Os membros do Conselho de Usuários do Saúde CAIXA:

- participam e votam nas reuniões do Conselho;
- propõem matérias a serem examinadas pelo Conselho;
- solicitam a convocação de reuniões extraordinárias do Conselho;
- relatam as matérias propostas ao Conselho;
- disseminam a concepção do modelo do Saúde CAIXA.

## **4 PROCEDIMENTOS**

### **4.1 MENSALIDADE**

#### **4.1.1 BENEFICIÁRIO**

**4.1.1.1** Solicita, por meio do [Fale Conosco](#), acertos de valores ou cobrança da mensalidade em conta de depósito.

**4.1.1.2** Solicita atualização da RB, por meio do [AutoSC](#) em abertura de processo de alteração cadastral.

#### **4.1.2 CEPES**

**4.1.2.1** Efetua acerto de mensalidade.

### **4.2 SALDO DEVEDOR**

#### **4.2.1 BENEFICIÁRIO**

**4.2.1.1** Recebe notificação do Saúde CAIXA e realiza contato para negociação do pagamento.

#### **4.2.2 GIPES**

**4.2.2.1** No caso de situação FALECIMENTO, conforme o percentual de cada pensão, quotiza entre os pensionistas que fizerem a opção pelo plano de saúde, o saldo devedor existente nas rubricas a seguir:

- 456 – SAÚDE CAIXA – ADIANTAMENTO ODONTOLÓGICO;
- 457 – SAÚDE CAIXA – ADIANTAMENTO ASSISTENCIAL;
- 460 – SAÚDE CAIXA – MENSALIDADE;
- 462 – SAÚDE CAIXA – PARTICIPAÇÃO INTEGRAL;
- 466 – PAMS – ADIANTAMENTO ODONTOLÓGICO;
- 467 – PAMS – ADIANTAMENTO ASSISTENCIAL;
- 472 – SAÚDE CAIXA – PARTICIPAÇÃO INTEGRAL CONTINGÊNCIA;
- 478 – SAÚDE CAIXA – DEPENDENTE RESTRITO CONTINGÊNCIA;
- 479 – PAMS – DEPENDENTE RESTRITO CONTINGÊNCIA;

- 488 – SAÚDE CAIXA – DEPENDENTE RESTRITO;
- 489 – PAMS – DEPENDENTE RESTRITO;
- 877 – PAMS – LIVRE ESCOLHA CONTINGÊNCIA;
- 878 – SAÚDE CAIXA – LIVRE ESCOLHA CONTINGÊNCIA;
- 886 – PAMS – PARTICIPAÇÃO CONTINGÊNCIA;
- 888 – PAMS – PARTICIPAÇÃO;
- 960 – SAÚDE CAIXA – MENSALIDADE DEP. INDIRETO.

**4.2.2.1.1** Transfere, no SIAGS, para as matrículas dos responsáveis por pensão o valor quotizado e correspondente aos pensionistas vinculados a cada matrícula de pensão.

**4.2.2.1.1.1** A transferência de titularidade é realizada por responsável por pensão e por rubricas quotizadas.

**4.2.2.1.2** Na hipótese de o(s) pensionista(s) existente(s) não aderir (em) ao plano de saúde ou na inexistência de pensionista, encaminha processo de saldo devedor ao JURIR de atendimento, para habilitação da cobrança junto ao espólio.

**4.2.2.2** No caso de rescisão contratual, exceto aposentadoria, e saldos devedores de titular ou responsável por pensão providencia a cobrança de saldo devedor, pelas vias administrativas.

**4.2.2.3** Para a cobrança de saldo devedor pelas vias administrativas efetua contatos com o devedor pessoalmente, por telefonema e/ou envio de ofícios com AR, cumprindo a rotina na ordem a seguir:

- c) preenche o [Anexo III](#) – SALDO DEVEDOR – CONTATO COM O DEVEDOR;
- d) envia ofício com AR ao devedor, observando o disposto a seguir:
  - a primeira cobrança convoca o titular, ex-titular ou responsável por pensão para efetuar o pagamento do saldo devedor existente;
  - a segunda cobrança faz referência à primeira e convoca o titular, ex-titular ou responsável por pensão para negociação do saldo devedor existente, a fim de evitar a cobrança judicial;
  - a terceira cobrança faz referência à primeira e à segunda e comunica ao titular, ex-titular ou responsável por pensão sobre o encaminhamento da dívida para cobrança judicial.
- e) efetua contatos telefônicos no caso de saldos devedores abaixo de R\$ 50,00.

**4.2.2.3.1** A quantidade mínima de envios de ofícios com AR para ao titular, ex-titular/responsável por pensão obedece ao limite estabelecido no quadro a seguir:

<b>Saldo devedor</b>	<b>Quantidade de ofício com AR</b>
de R\$ 50,00 a R\$ 99,00	01
de R\$100,00 a R\$999,99	02
a partir de R\$1.000,00	03

**4.2.2.4** Com o objetivo de garantir a ampla defesa da CAIXA, monta processo individual contendo os documentos a seguir:

- [Anexo III](#) – SALDO DEVEDOR – CONTATO COM O DEVEDOR totalmente preenchido;
- cópia dos ofícios enviados ao devedor, com as cópias dos respectivos AR anexos;
- relatório contendo a discriminação das rubricas do saldo devedor existente;
- cópias dos demonstrativos de despesas que comprovem a origem da dívida;
- cópia de documentos que deram causa à dívida, assinados pelo titular e/ou beneficiários.
- cópia do Termo de Confissão e Parcelamento de Dívida [Anexo IV](#), se houver, assinado pelo titular, ex-empregado ou responsável por pensão;
- cópia do Termo de Compromisso, se houver, assinado pelo ex-empregado.

**4.2.2.4.1** Os demonstrativos de despesas são disponibilizados no SIAGS.

**4.2.2.5** Esgotadas as tentativas de negociação do saldo devedor com o titular, ex-empregado ou responsável por pensão, pelas vias administrativas, encaminha ao JURIR de atendimento os processos individuais, em envelopes lacrados, acompanhados de CI, que contemple os itens a seguir:

- solicitação de avaliação do custo x benefício para ajuizamento da ação;

- qualificação completa da(s) parte(s) adversa(s), incluindo o endereço atualizado;
- identificação do objeto da lide;
- informações relativas a bens passíveis de constrição judicial, com a respectiva certidão comprobatória, se for o caso, sobretudo nas ações monitórias e de execução.

**4.2.2.5.1** Em caso de ajuizamento de ação auxilia o Jurídico, quando solicitado, nas situações a seguir:

- elaboração de quesitos para defesa da CAIXA;
- fornecimento de informações e documentos necessários à comprovação e que, por ventura não constem do processo enviado.

**4.2.2.6** O lançamento de valor de saldo devedor a prejuízo é realizado, por rubrica, por meio do SIAGS.

**4.2.2.7** Recebe da CEPES nome e matrícula de ex-empregado, cuja cobrança de saldo devedor não tenha sido efetuada nas verbas rescisórias, com rescisão contratual pelos motivos a seguir:

- rescisão a pedido, exceto aposentadoria;
- rescisão por justa causa;
- falecimento.

### **4.2.3 CEPES**

**4.2.3.1** Em situação de rescisão contratual, antes do cálculo das verbas rescisórias e da assinatura da rescisão, verifica existência de rubricas com saldo devedor para o empregado em desligamento por um dos motivos a seguir:

- rescisão a pedido, exceto aposentadoria;
- rescisão por justa causa;
- falecimento.

**4.2.3.2** A consulta do saldo devedor é efetuada em arquivo disponibilizado pela GESAP mensalmente ou quando solicitado pelas GIPES ou pela CEPES.

**4.2.3.3** No caso de falecimento de titular empregado, não são debitados nos cálculos das verbas rescisórias os saldos devedores existentes nas rubricas a seguir:

- 461 – SAÚDE – CAIXA – PARTICIPAÇÃO NORMAL;
- 471 – SAÚDE – CAIXA PARTICIPAÇÃO CONTINGÊNCIA.

**4.2.3.3.1** Os saldos devedores dessas rubricas são lançados automaticamente a resseguro pelo SIAGS.

**4.2.3.4** No caso de falecimento de titular empregado debita das verbas rescisórias os saldos devedores existentes nas rubricas a seguir:

- 456 – SAÚDE CAIXA – ADIANTAMENTO ODONTOLÓGICO;
- 457 – SAÚDE CAIXA – ADIANTAMENTO ASSISTENCIAL;
- 460 – SAÚDE CAIXA – MENSALIDADE;
- 462 – SAÚDE CAIXA – PARTICIPAÇÃO INTEGRAL;
- 466 – PAMS – ADIANTAMENTO ODONTOLÓGICO;
- 467 – PAMS – ADIANTAMENTO ASSISTENCIAL;
- 472 – SAÚDE CAIXA – PARTICIPAÇÃO INTEGRAL CONTINGÊNCIA;
- 478 – SAÚDE CAIXA – DEPENDENTE RESTRITO CONTINGÊNCIA;
- 479 – PAMS – DEPENDENTE RESTRITO CONTINGÊNCIA;
- 488 – SAÚDE CAIXA – DEPENDENTE RESTRITO;
- 489 – PAMS – DEPENDENTE RESTRITO;
- 877 – PAMS – LIVRE ESCOLHA CONTINGÊNCIA;
- 878 – SAÚDE CAIXA – LIVRE ESCOLHA CONTINGÊNCIA;
- 886 – PAMS – PARTICIPAÇÃO CONTINGÊNCIA;
- 888 – PAMS – PARTICIPAÇÃO;

- 960 – SAÚDE CAIXA – MENSALIDADE DEP. INDIRETO.

**4.2.3.5** No caso de rescisão por justa causa ou rescisão a pedido, exceto aposentadoria, debita das verbas rescisórias os saldos devedores existentes nas rubricas a seguir:

- 456 – SAÚDE CAIXA – ADIANTAMENTO ODONTOLÓGICO;
- 457 – SAÚDE CAIXA – ADIANTAMENTO ASSISTENCIAL;
- 460 – SAÚDE CAIXA – MENSALIDADE;
- 461 – SAÚDE – CAIXA – PARTICIPAÇÃO NORMAL;
- 462 – SAÚDE CAIXA – PARTICIPAÇÃO INTEGRAL;
- 466 – PAMS – ADIANTAMENTO ODONTOLÓGICO;
- 467 – PAMS – ADIANTAMENTO ASSISTENCIAL;
- 471 – SAÚDE – CAIXA PARTICIPAÇÃO CONTINGÊNCIA;
- 472 – SAÚDE CAIXA – PARTICIPAÇÃO INTEGRAL CONTINGÊNCIA;
- 478 – SAÚDE CAIXA – DEPENDENTE RESTRITO CONTINGÊNCIA;
- 479 – PAMS – DEPENDENTE RESTRITO CONTINGÊNCIA;
- 488 – SAÚDE CAIXA – DEPENDENTE RESTRITO;
- 489 – PAMS – DEPENDENTE RESTRITO;
- 877 – PAMS – LIVRE ESCOLHA CONTINGÊNCIA;
- 878 – SAÚDE CAIXA – LIVRE ESCOLHA CONTINGÊNCIA;
- 886 – PAMS – PARTICIPAÇÃO CONTINGÊNCIA;
- 888 – PAMS – PARTICIPAÇÃO;
- 960 – SAÚDE CAIXA – MENSALIDADE DEP. INDIRETO.

### **4.3 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

#### **4.3.1 BENEFICIÁRIO**

**4.3.1.1** Formaliza a solicitação por meio de formulário eletrônico disponível no endereço <https://autosc.caixa.gov.br/autosc> e envia a documentação digitalizada.

**4.3.1.1.1** Para as assistências previstas no [RH223](#), segue o disposto naquele normativo.

**4.3.1.1.2** Para procedimentos odontológicos formaliza a solicitação, conforme item [4.3.1.1](#), anexando cópias digitalizadas ou imagens fotográficas nítidas dos documentos a seguir:

- relatório do dentista assistente com o plano de tratamento detalhado;
- exames radiográficos, datados e identificados;
- outros documentos solicitados pelo dentista perito.

**4.3.1.1.2.1** Serão aceitos apenas exames de imagem, prontuários clínicos/periodontais e laudos, obtidos em prazos inferiores a 06 meses da sua realização.

**4.3.1.1.3** Concedida a senha de autorização, inicia o tratamento autorizado;

**4.3.1.1.4** Quando convocado, agenda horário e comparece à avaliação clínica presencial.

#### **4.3.2 DENTISTA CAIXA**

**4.3.2.1** Orienta o auditor da empresa de auditoria contratada.

**4.3.2.2** Convoca o beneficiário para realização de Auditoria Clínica Presencial, quando necessário.

**4.3.2.3** Comunica, sobre a convocação do beneficiário, aos destinatários a seguir:

- GIPES de atendimento do beneficiário ou à da localidade onde será realizada a auditoria;
- empresa de auditoria contratada da GIPES de atendimento do beneficiário ou à da localidade onde será realizada a auditoria.

**4.4 ESCOLHA DIRIGIDA****4.4.1 BENEFICIÁRIO**

**4.4.1.1** Escolhe um profissional ou entidade de saúde credenciada para realização de procedimento de saúde.

**4.4.1.2** Comparece à realização do procedimento de saúde.

**4.4.1.3** Assina e data a Guia TISS, após o preenchimento pelo credenciado.

**4.4.1.4** Confere se as despesas constantes do Demonstrativo de Despesas do Saúde CAIXA estão de acordo com os atendimentos realizados.

**4.4.1.5** Para consulta à rede credenciada e ao demonstrativo de despesas do Saúde CAIXA, acessa o portal <http://saude.caixa.gov.br/portal> (abrir preferencialmente no navegador Mozilla Firefox).

**4.4.1.6** Solicita à sua GIPES de atendimento a emissão de cartão de outra operadora, por meio de formulário eletrônico, disponível no [Fale Conosco](#).

**4.5 LIVRE ESCOLHA****4.5.1 BENEFICIÁRIO**

**4.5.1.1** O titular ou titular de pensão solicita reembolso por meio de formulário eletrônico disponível no endereço <https://autosoc.caixa.gov.br/autosoc> e do envio digitalizado dos documentos a seguir:

- a) PRDP [MO21013](#) (documento dispensado nas solicitações por meio do [AutoSC](#));
- b) documentos fiscais (Nota Fiscais, faturas, duplicatas ou recibos), sem rasuras ou emendas, apresentados em até 180 dias após a data de emissão, contendo as seguintes indicações:
  - identificação do prestador com descrição do CPF (se pessoa física) ou do CNPJ (se pessoa jurídica);
  - identificação legível e assinatura do profissional ou responsável pela entidade, em caso de recibo;
  - identificação legível do contratante - é considerado válido nome ou CPF do beneficiário atendido ou do titular;
  - identificação legível do beneficiário atendido caso na identificação do contratante conste o nome ou CPF do titular;
  - discriminação, legível, de cada procedimento, com a respectiva especialidade e quantidade;
  - valores unitários e totais;
  - identificação legível do nome do profissional ou entidade que realizou o atendimento e número da inscrição do profissional no respectivo Conselho Regional;
  - data e local do atendimento;
  - número do documento fiscal (exigido somente no caso de Nota Fiscal).
- c) conforme o tipo de procedimento efetuado ou assistência prestada, apresenta os documentos abaixo:
  - autorização prévia, no caso de procedimento com necessidade de autorização;
  - orçamento odontológico e radiografias, com validade de 06 meses, em tratamento odontológico;
  - requisição de exame, devidamente assinada e com identificação do profissional que o solicitou;
  - relatório do profissional assistente para os casos de procedimentos com necessidade de autorização prévia e/ou em regime de internação;
  - laudos;
  - relação de medicamentos/procedimentos/itens de tabela hospitalar com preço unitário, nas despesas hospitalares;
  - 3 orçamentos, na aquisição de OPME;
  - Documento com informação do número de sessões ou aplicações com suas respectivas datas de atendimento, no caso de procedimento seriado;
  - tipo de atendimento e horário: dia/hora normal, dia/hora extraordinário ou internação odontológica;
  - período de internação ou tratamento, discriminado por procedimento;
  - em tratamento odontológico, documento com a discriminação do número do dente, faces, material restaurador, segmento ou arcada e tipo de radiografia, com respectivos valores.

- 3 orçamentos, no caso de custeio de transporte e hospedagem em decorrência de indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado em município limítrofe ou município da região de saúde à qual faz parte o município da demanda.

d) outros documentos que o Saúde CAIXA julgar necessário, para análise da concessão do reembolso.

#### **4.5.2 GIPES**

**4.5.2.1** Consulta no [AutoSC](#) os processos abertos de reembolso.

**4.5.2.2** Analisa se a documentação encaminhada está de acordo com o item [4.5.1.1](#).

**4.5.2.3** Verifica se o beneficiário está inscrito no Saúde CAIXA e se o cartão está dentro do prazo de validade.

**4.5.2.4** Verifica se o profissional/entidade é credenciado ao Saúde CAIXA.

**4.5.2.5** Efetua o lançamento do pedido de reembolso de despesas no sistema de gestão do Saúde CAIXA, para crédito na conta de depósito do titular.

#### **4.6 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO**

##### **4.6.1 BENEFICIÁRIO**

**4.6.1.1** Comunica formalmente à GIPES, com no mínimo 48 horas de antecedência, quanto à necessidade de atendimento do beneficiário e da indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado no município de demanda, nos municípios limítrofes e região de saúde.

**4.6.1.1.1** Informa valores propostos por mais de um profissional ou entidade, quando houver.

**4.6.1.2** Solicita reembolso das despesas por meio do [AutoSC](#), de acordo com a autorização concedida.

##### **4.6.2 GIPES**

**4.6.2.1** Analisa solicitação de atendimento em região com indisponibilidade ou inexistência de rede credenciada e orienta o beneficiário de acordo com item [3.11.5](#), e emite autorização prévia quando previsto.

**4.6.2.2** Recebe solicitação de reembolso de despesas quando previsto.

#### **4.7 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS E TRIBUTÁRIOS**

##### **4.7.1 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS MANUAIS**

###### **4.7.1.1 CECOB/SP**

**4.7.1.1.1** Os procedimentos contábeis relativos aos débitos e créditos na folha de pagamentos dos beneficiários oriundos da PREVHAB referente ao PAMS e Saúde Caixa constam no [RH209](#).

##### **4.7.2 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS AUTOMÁTICOS**

###### **4.7.2.1 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SIAGS – OL 3185074**

**4.7.2.1.1** Os procedimentos contábeis gerados de forma automática pelo SIAGS constam no [CR269](#).

###### **4.7.2.2 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SISRH – OL 0006006**

Os procedimentos contábeis gerados de forma automática pelo SISRH constam no [CR252](#).



5 ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL		EMBASAMENTO
				UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
PRDP – Pedido de Reembolso de Despesas Saúde CAIXA	<a href="#">MO21013</a>	SISMN	Papel	CEPES	Após a aprovação das contas	5 anos a contar da data de aprovação das contas	Eliminação	Resolução CONARQ nº 14 de 24/10/2001, Classificação 026.192	
<a href="#">Anexo III</a>	Não se aplica	Não se aplica	Papel	CEPES	Após a aprovação das contas	5 anos a contar da data de aprovação das contas	Eliminação	Resolução CONARQ nº 14 de 24/10/2001, Classificação 026.192	
<a href="#">Anexo IV</a>	Não se aplica	Não se aplica	Papel	CEPES	Após a aprovação das contas	5 anos a contar da data de aprovação das contas	Eliminação	Resolução CONARQ nº 14 de 24/10/2001, Classificação 026.192	
Termo de Compromisso	Não se aplica	Não se aplica	Papel	CEPES	Após a aprovação das contas	5 anos a contar da data de aprovação das contas	Eliminação	Resolução CONARQ nº 14 de 24/10/2001, Classificação 026.192 Subitem <a href="#">4.2.2.4</a>	
Documentos fiscais	Não se aplica	Não se aplica	Digital	CEPES	Após a aprovação das contas	5 anos a contar da data de aprovação das contas	Eliminação	Resolução CONARQ nº 14 de 24/10/2001, Classificação 026.192 Nota Fiscais, faturas, duplicatas ou recibos	

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO					OBSERVAÇÕES
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL	EMBASAMENTO	
				UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
Ata de Reunião 343, de 20.07.1977 – Criação do PAMS	Não se aplica	Não se aplica	Papel	GESAP	Não se aplica	Não se aplica	Guarda Permanente	Precaucional	
Acordo Coletivo de Trabalho 2018/2020	Não se aplica	Não se aplica	Digital	GESAP	Não se aplica	Não se aplica	Guarda Permanente	Precaucional	

**6 ANEXOS****6.1 ANEXO I – REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA****CAPÍTULO I – DA NATUREZA E FINALIDADE**

**Art. 1º** – O Conselho de Usuários é um órgão autônomo de caráter consultivo, criado com a finalidade de oferecer a CAIXA subsídios ao aperfeiçoamento da gestão do plano de Assistência à Saúde – Saúde Caixa, conforme as normas, regulamento e legislação em vigor.

**CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO**

**Art. 2º** – O Conselho de Usuários do Saúde CAIXA é composto por 05 participantes titulares e seus respectivos suplentes, indicados pela CAIXA e 05 participantes titulares e seus respectivos suplentes eleitos pelos empregados da CAIXA, ativos e aposentados, participantes titulares do plano.

**Art. 3º** – O Conselho será coordenado por um dos membros indicados pela CAIXA.

**Art. 4º** – Entre os membros indicados pela CAIXA, pelo menos um deve estar lotado na Unidade de Gestão do Saúde CAIXA, a quem compete a função de fornecer apoio logístico às reuniões do Conselho.

**Art. 5º** – Os membros do Conselho indicados pela CAIXA podem ser substituídos a qualquer tempo, a critério das autoridades competentes, assim como podem renunciar à indicação.

**Art. 6º** – Os membros do Conselho eleitos, empregados da ativa, têm estabilidade provisória no emprego durante o mandato, salvo por motivo de justa causa para demissão.

**Art. 7º** – Os membros, indicados ou eleitos, devem estar na condição de participantes titulares do Saúde CAIXA, pelo período mínimo de 12 meses.

**CAPÍTULO III – DO MANDATO DOS CONSELHEIROS**

**Art. 8º** – O mandato dos membros titulares eleitos do Conselho é de 36 meses, a contar da data de sua posse, podendo ser reconduzidos, por eleição, uma única vez de forma consecutiva.

**CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS**

**Art. 9º** – Compete ao Conselho de Usuários do Saúde CAIXA:

Analisar o desempenho financeiro do Saúde CAIXA.

Examinar as contas do Saúde CAIXA, propondo alterações no seu formato de custeio sempre que necessário.

Propor alterações para o aperfeiçoamento do Saúde CAIXA.

Propor sobre a inclusão ou exclusão de coberturas previstas no Saúde CAIXA, com base nos recursos disponíveis.

Acompanhar o desempenho financeiro do Programa, propondo alterações nos valores de contribuição dos titulares sempre que houver necessidade.

Prestar esclarecimentos aos usuários.

Avaliar os serviços prestados pelo Saúde CAIXA.  
Promover o entrosamento e aproximação dos usuários com a GIPES.  
Acompanhar as condições de acesso do usuário aos serviços do Saúde CAIXA.  
Discutir e propor soluções para os problemas vivenciados pelos usuários.  
Sugerir políticas e programas de saúde, observados os recursos disponíveis.  
Remeter às instâncias competentes propostas de alterações do Regimento.

## **CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS**

**Art. 10º** – Compete aos membros do Conselho de Usuários do Saúde CAIXA:

Participar e votar nas reuniões do Conselho.  
Propor matérias a serem examinadas pelo Conselho.  
Solicitar a convocação de reuniões extraordinárias do Conselho.  
Relatar as matérias propostas ao Conselho.  
Disseminar a concepção do modelo do Saúde CAIXA.

## **CAPÍTULO VI – DAS ATRIBUIÇÕES DO CONSELHEIRO COORDENADOR**

**Art. 11º** – Compete ao Conselheiro Coordenador:

Planejar as reuniões.  
Convocar os conselheiros para as reuniões, encaminhando pauta, com apoio logístico da CAIXA.  
Coordenar os trabalhos.  
Providenciar a ata da reunião e o seu arquivamento.

## **CAPÍTULO VII – DAS ELEIÇÕES**

**Art. 12º** – A eleição dos membros representantes dos empregados terá caráter nacional e dar-se-á por meio de chapas.

**Art. 13º** – As chapas deverão ser inscritas com nominata completa (05 efetivos e 05 suplentes), garantindo-se no mínimo 02 (dois) componentes aposentados (01 efetivo e 01 suplente) e 02 (dois) da ativa (01 efetivo e 01 suplente).

**Parágrafo Único** – Na inscrição das chapas devem ser indicados os membros titulares e seus respectivos membros suplentes.

**Art. 14º** – O processo eleitoral deverá ser conduzido por uma comissão eleitoral paritária formada por representantes indicados pela empresa e por representantes indicados pelos empregados.

**Art. 15º** – Poderão votar todos os participantes titulares inscritos até a data de publicação do edital da eleição.

## **CAPÍTULO VIII – DO FUNCIONAMENTO**

**Art. 16º** – As reuniões ordinárias do Conselho ocorrerão trimestralmente e as extraordinárias a qualquer tempo, mediante proposição expressa do coordenador ou de, pelo menos, 06 membros.

**Art. 17º** – O Conselheiro Coordenador será indicado na primeira reunião de gestão de um novo Conselho e sua indicação terá a mesma vigência do mandato do respectivo Conselheiro.

**Art. 18º** – A CAIXA disponibilizará os meios para garantir a participação dos membros eleitos às reuniões do Conselho.

**Art. 19º** – Os Conselheiros titulares devem ser convocados com antecedência mínima de 10 dias corridos.

**Parágrafo Único** – Os Conselheiros titulares devem confirmar a presença em até 05 dias corridos, convocando o respectivo suplente no caso de sua ausência.

**Art. 20º** – É facultado ao Conselho solicitar a presença de assessores às reuniões.

**Art. 21º** – Para a realização das reuniões é necessária a presença de, no mínimo, 06 Conselheiros, sendo 03 destes, obrigatoriamente, membros titulares.

**Art. 22º** – Transcorridos 30 minutos do horário agendado para o início da reunião e não havendo a presença mínima obrigatória, sem a devida justificativa para o atraso, esta será dada por encerrada e o fato registrado em Ata pelos Conselheiros presentes.

**Art. 23º** – O planejamento e as matérias constantes da pauta de reunião devem ser encaminhados aos membros do Conselho pelo Coordenador, juntamente com a convocação, devidamente instruídas e fundamentadas.

**Art. 24º** – As deliberações ocorrerão por maioria simples.

**Art. 25º** – Os votos referentes às matérias apresentadas serão fundamentados e lavrados em ata, registrada em cartório.

**Art. 26º** – As atas de reunião do Conselho, juntamente com os votos e anexos apresentados ficarão sob a guarda e responsabilidade da CAIXA/Unidade de Gestão do Saúde CAIXA, sendo garantido o acesso e cópia aos membros do Conselho.

**Art. 27º** – Os casos omissos serão avaliados e deliberados pelo Conselho, desde que não extrapolem suas competências.

**Parágrafo Único** – Os casos que não forem de competência do Conselho deverão ser submetidos às instâncias competentes.

## **CAPÍTULO IX – DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

**Art. 28º** – As eleições para o primeiro biênio deverão ocorrer em até 90 dias da assinatura do Termo Aditivo ao Acordo Coletivo de Trabalho 2003/2004, que regulamenta o Saúde CAIXA.

**Art. 29º** – Para a primeira eleição poderão participar titulares que estejam inscritos no Programa há no mínimo 30 dias anteriores à data da eleição.

## 6.2 ANEXO II – REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA

### CAPÍTULO I – DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Conselho Consultivo do SAÚDE CAIXA um órgão colegiado autônomo de caráter consultivo, criado com a finalidade de oferecer à CAIXA subsídios ao aperfeiçoamento da gestão e dos benefícios do SAÚDE CAIXA, conforme as normas, regulamento e legislação em vigor.

### CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º O Conselho Consultivo do Saúde CAIXA é composto por 6 membros titulares e seus respectivos suplentes, denominados Conselheiros, indicados pelo Vice-Presidente de Logística da CAIXA e pela CONTEC, de forma paritária.

§ 1º Os Conselheiros indicados devem estar na condição de participantes titulares do Saúde CAIXA, pelo período mínimo de 12 meses.

§ 2º Entre os Conselheiros indicados pela CAIXA, pelo menos um deve estar lotado na Unidade de Gestão do Saúde CAIXA, a quem compete as funções de coordenar, secretariar e fornecer apoio logístico às reuniões do Conselho.

§ 3º Os membros do Conselho podem ser substituídos a qualquer tempo, a critério das autoridades competentes, assim como podem renunciar ao mandato, durante o seu transcurso.

### CAPÍTULO III – DO MANDATO DOS CONSELHEIROS

Art. 3º O mandato dos membros titulares do Conselho é de 12 meses, a contar da data de sua criação, podendo ser reconduzidos, uma única vez, por igual período, a critério das instituições representadas.

§ 1º A referida recondução fica limitada ao máximo de 2 membros por instituição representada.

### CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º Compete ao Conselho Consultivo do SAÚDE CAIXA:

Analisar e opinar sobre alterações que venham a repercutir na modelagem financeira e atuarial do SAÚDE CAIXA;

Examinar e opinar sobre os Relatórios de Desempenho do Saúde CAIXA;

Examinar e opinar sobre as contas do Saúde CAIXA;

Propor alterações e aperfeiçoamentos no Saúde CAIXA;

Propor alterações no Regimento Interno do Conselho;

Sugerir a inclusão ou exclusão de procedimentos previstos no Saúde CAIXA assim como alternativas para realização de cálculo atuarial.

Art. 5º Compete aos Conselheiros do Conselho Consultivo do Saúde CAIXA:

Participar e votar nas reuniões do Conselho;

Propor matérias a serem examinadas pelo Conselho;

Solicitar, por intermédio da instituição representada, a convocação de reuniões extraordinárias do Conselho;

Relatar as matérias propostas pela instituição representada.

### CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º As reuniões do Conselho ocorrerão ordinariamente no mês de novembro de cada exercício ou, extraordinariamente, por proposição das instituições representadas.

§ 1º As matérias constantes da pauta de reunião, devem ser encaminhadas aos membros do Conselho juntamente com a convocação, devidamente instruídas e fundamentadas.

§ 2º Os Conselheiros devem ser convocados pela CAIXA com antecedência mínima de 10 dias corridos.

§ 3º Para a realização das reuniões é necessária a presença de, no mínimo, 4 Conselheiros, sendo 2 destes, obrigatoriamente, membros titulares.

§ 4º Transcorridos 30 minutos do horário agendado para o início da reunião e não havendo a presença mínima obrigatória, esta será dada por encerrada e o fato registrado em Ata pelos Conselheiros presentes.

§ 5º Havendo duas reuniões consecutivas não realizadas por falta do quórum regimental, a convocação para nova reunião fica condicionada à garantia formal de sua realização pelas instituições representadas.

§ 6º As reuniões serão coordenadas pelo representante da CAIXA/Unidade de Gestão do Saúde CAIXA, competindo-lhe registrar em Ata, dar publicidade e o devido encaminhamento e controle às proposições e opinamentos do Conselho, formulados por maioria simples.

§ 7º As atas de reunião do Conselho, juntamente com os votos e anexos apresentados ficarão sob a guarda e responsabilidade da CAIXA/Unidade de Gestão do Saúde CAIXA.

§ 8º Os Votos contrários às matérias apresentadas serão fundamentados e registrados em Ata, para subsidiar a decisão da autoridade responsável e a divulgação aos participantes do Saúde CAIXA.

§ 9º É facultado ao Conselho solicitar a presença, sem direito a voto, de outros profissionais, conforme a situação, para fins de assessoramento técnico.

§ 10 Os casos omissos são avaliados pelo Conselho e propostos à CAIXA e à CONTEC para deliberação e, se for o caso, atualização do Regimento Interno.

**6.3 ANEXO III – SALDO DEVEDOR – CONTATO COM O DEVEDOR**

GIPES: \_\_\_\_\_

Data:	Horário:	Contato Pessoal / Telefônico:	Número do telefone:	Pessoa de contato:	Resumo do assunto tratado:	Empregado da GIPES que fez o contato:
/ /	:					
/ /	:					
/ /	:					
/ /	:					
/ /	:					
/ /	:					



**6.4 ANEXO IV – SALDO DEVEDOR – PARCELAMENTO**

GIPES:\_\_\_\_\_

Data:	Total das rubricas:	Forma de pagamento:	Quantidade de parcelas:	Início da averbação:	Valor da parcela:	Empregado da que negociou:	GIPES
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							