

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

1	OBJETIVO,7
2	DEFINIÇÕES,7
3	NORMAS,9
3.1	DISPOSIÇÕES GERAIS,9
3.2	INSCRIÇÃO DE TITULARES E DEPENDENTES,9
3.3	FORMATO DE CUSTEIO,9
3.3.11	MENSALIDADE,10
3.3.12	PARTICIPAÇÃO DO TITULAR,11
3.3.13	COPARTICIPAÇÃO,12
3.3.14	PARTICIPAÇÃO INTEGRAL,12
3.3.15	PARTICIPAÇÃO BENEFICIÁRIO RESTRITO,13
3.4	SALDO DEVEDOR,13
3.4.1	INADIMPLÊNCIA DE MENSALIDADE,13
3.4.2	ÓBITO DO TITULAR,13
3.4.3	AFASTAMENTO OU DESLIGAMENTO DO EMPREGADO,13
3.4.4	COBRANÇA DE SALDO DEVEDOR,14
3.4.5	LANÇAMENTO DE VALOR A PREJUÍZO,14
3.5	COMPROVANTE PARA O IMPOSTO DE RENDA,14
3.6	PROCEDIMENTOS SEM COBERTURA PELO SAÚDE CAIXA,14
3.7	CARÊNCIA,15
3.8	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,15
3.9	AVALIAÇÃO POR AMOSTRAGEM,16
3.10	DIVERGÊNCIAS TÉCNICO-ASSISTENCIAL,16
3.11	MODALIDADE DE ATENDIMENTO,16
3.11.3	ESCOLHA DIRIGIDA,16
3.11.4	LIVRE ESCOLHA,17
3.11.5	INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO,17
3.12	ATENDIMENTO SAÚDE CAIXA,18
3.13	RESPONSÁVEL FINANCEIRO NO SAÚDE CAIXA,19
3.14	USO INDEVIDO,19
3.15	ARQUIVO DO SAÚDE CAIXA,20
3.16	CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA,20
3.17	CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,20
3.18	RESPONSABILIDADES PELO SAÚDE CAIXA,20
3.18.1	CAIXA,20
3.18.2	GESAP,20
3.18.3	GIPES,21
3.18.4	CEPES,21
3.18.5	BENEFICIÁRIO DO SAÚDE CAIXA,21
3.18.6	CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,22
3.18.7	MEMBROS DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA,22
3.18.8	CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA,22
4	PROCEDIMENTOS,22
4.1	MENSALIDADE,23
4.1.1	BENEFICIÁRIO,23
4.1.2	CEPES,23
4.2	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA,23

4.2.1	BENEFICIÁRIO,23
4.2.2	DENTISTA CAIXA,23
4.3	ESCOLHA DIRIGIDA,23
4.3.1	BENEFICIÁRIO,23
4.4	LIVRE ESCOLHA,24
4.4.1	BENEFICIÁRIO,24
4.4.2	GIPES,24
4.5	INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO,25
4.5.1	BENEFICIÁRIO,25
4.5.2	GIPES,25
4.6	PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS E TRIBUTÁRIOS,25
4.6.1	PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS MANUAIS,25
4.6.1.1	CECOB/SP,25
4.6.2	PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS AUTOMÁTICOS,25
4.6.2.1	LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SIAGS – OL 3185074,25
4.6.2.2	LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SISRH – OL 0006006,25
5	ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS,26
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

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

Alteração:

- Alterada em toda a norma a nomenclatura TUSS CAIXA para TUSSCAIXA;
- Alterada em toda a norma a expressão “6,6” pela expressão “Tabela TUSSCAIXA”;
- Item [2](#) – trata das definições. Alterada a definição de “ANS”; alteradas as definições de “Atendimento de urgência” e de “Atendimento de emergência” em conformidade com a Lei 9.656/98; incluída a definição de DUT; incluída a definição de “Medicamento importado não nacionalizado”; incluída a definição de “ROL ANS”; e excluídas as definições de “AR”, DLE e “Titular”;
- Subitem [3.1.3](#) – alteração no segundo marcador para ajustar a segmentação do Saúde CAIXA à segmentação que consta no cadastro registrado na ANS;
- Subitem [3.3.1](#) – trata sobre o formato de custeio do Saúde CAIXA. Alterado para deixar que nos casos previstos de afastamentos com manutenção do Saúde CAIXA, o percentual de 6,6% incidente sobre a última RB antes do afastamento do empregado refere-se à parte empregado e à parte empregador. Incluído o último marcador para indicar o cálculo da parte empregado e parte empregador cabível ao empregado demitido sem justa causa, que se desliga mantendo o Saúde CAIXA, conforme [RH221](#).
- Subitem [3.3.11.4](#) – trata sobre cobrança de mensalidade integral do Titular no mês da adesão e no mês do cancelamento da adesão e sobre cobrança integral de mensalidade de dependente indireto no mês da inscrição e do cancelamento da inscrição do dependente. Alterado para deixar claro que a cobrança integral aplicação à mensalidade do Titular e à mensalidade de dependente indireto.
- Subitem [3.3.11.7](#) - trata sobre as situações de cobrança de mensalidade em conta de depósito do titular, na CAIXA. Alterado para conter a informação de a cobrança da mensalidade é encaminhada automaticamente pelo SIAGS, para débito em conta de depósito do titular. Alterado o 2º marcador, para deixar claro que a cobrança a pedido é efetuada pelo titular ou responsável pela pensão, por escrito ou apresentação [MO21038](#). Incluído o 6º marcador que estabelece a cobrança da mensalidade em conta de depósito do titular, no caso de impossibilidade de cobrança em folha de pagamento da CAIXA, FUNCEF, PREVHAB ou SASSE;
- Subitem [3.3.11.6](#) – trata sobre a cobrança de mensalidade em folha de pagamento. Alterado para indicar que as rubricas de débito são informadas no subitem [3.3.1](#);
- Subitem [3.3.12.2](#) – trata sobre a cobrança de coparticipação em folha de pagamento. Alterado para indicar que as rubricas de débito são informadas no subitem [3.3.1](#);
- Subitem [3.3.12.3](#) – trata sobre as situações de cobrança de coparticipação em conta de depósito do titular, na CAIXA. Alterado para conter a informação de a cobrança da mensalidade é encaminhada automaticamente pelo SIAGS, para débito em conta de depósito do titular. Incluído o 2º marcador, que estabelece que a cobrança em conta de depósito pode ser a pedido do titular ou responsável pela pensão, e, incluído, ainda, o 6º marcador que

estabelece a cobrança da coparticipação em conta de depósito do titular, no caso de impossibilidade de cobrança em folha de pagamento da CAIXA, FUNCEF, PREVHAB ou SASSE;

- Subitem [3.3.12.5](#) – trata sobre a cobrança de cada tipo de coparticipação em rubrica diferenciada. Alterado para indicar que as rubricas de débito são informadas no subitem [3.3.1](#);
- Subitem [3.4.1.1](#) – trata sobre a suspensão do Saúde CAIXA em caso de não pagamento das mensalidades. Alteração no período de 60 dias, consecutivos ou não, de não pagamento da mensalidade, nos últimos 12 meses, com implicação de suspensão do Saúde CAIXA;
- Subitem [3.4.2.1](#) – trata sobre a quitação de saldo devedor de coparticipação do Saúde CAIXA, no caso de falecimento do titular. Alterado para indicar que as rubrica de coparticipação está informada no subitem [3.3.1](#);
- Subitem [3.4.2.1.1](#) – trata sobre a quitação de saldo devedor do Saúde CAIXA ou do PAMS por meio das verbas rescisórias, no caso de falecimento do titular. Alterado para indicar que as rubricas de são informadas no subitem [3.3.1](#), no caso de titular do Saúde CAIXA e no [RH042](#), no caso titular do PAMS;
- Subitem [3.5.1](#) – trata da disponibilização anual do comprovante de utilização do Saúde CAIXA para o Imposto de Renda. Alterado o endereço onde a CAIXA disponibiliza o referido comprovante;
- Subitem [3.6.1](#) – nos procedimentos sem cobertura pelo Saúde CAIXA, incluída a “avaliação psicológica”, na alínea “a”;
- Subitem [3.10.1](#) – trata sobre divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e o profissional auditor. A alteração direciona para o cumprimentos de regras do [RH223](#) para a composição de junta médica ou odontológica;
- Subitem [3.11.3.6](#) – trata sobre a disponibilização da quantidade de partos realizados por meio do Saúde CAIXA, no ano anterior. Alterado para informar o sítio da Central Saúde CAIXA, para consulta pela beneficiária;
- Subitem [3.11.5.1.1](#) – trata sobre o reembolso integral no caso de garantia de atendimento por prestador não credenciado no município de demanda. Excluído o prazo mínimo de 48 horas de antecedência;
- Subitem [3.11.5.2.1](#) – trata sobre o reembolso integral no caso de garantia de atendimento por prestador não credenciado em qualquer município do país. Excluído o prazo mínimo de 48 horas de antecedência;
- Subitem [3.12.2](#) – trata sobre os tipos de atendimentos prestados pela Central de Atendimento. Incluído o 1º marcador, que estabelece o atendimento pela Central de Atendimento sobre adesão, manutenção e cancelamento de adesão do titular. Incluído o 3º marcador que prevê que a Central de Atendimento atende sobre cadastro de responsável pela pensão. Alterado o 2º marcador que passa a tratar também de manutenção de inscrição de dependente no Saúde CAIXA;
- Subitem [4.1.1.2](#) – trata sobre a alteração de RB. Alterado para incluir outros canais de atendimento além do [AutoSC](#);
- Subitem [4.5.1.1](#) – trata sobre a necessidade de o Titular comunicar à CEPES – Central de Atendimento as situações de indisponibilidade ou de inexistência de prestador credenciado. Excluído o tempo mínimo de antecedência da comunicação, haja vista o cumprimento de prazos de acordo com a RN 259 da ANS. Alterado também para incluir os canais de comunicação que podem ser utilizados pelo Titular;
- Item [5](#) – trata sobre o arquivamento de documentos – alterado o suporte do PRDP, para “digital”. Excluídos os Anexos III e IV, que deixaram de ser citados neste normativo. Excluído o “Termo de Compromisso”, que deixou de ser citado neste normativo. Incluída a “Autorização de Débito em Conta Depósito”, [MO21038](#), citada neste normativo.

Inclusão:

- Item [3.13](#) e seu subitem – trata sobre o responsável financeiro no Saúde CAIXA. O Titular e o responsável pela pensão são designados como responsáveis financeiros;
- Item [3.14](#) e seus subitens – tratam sobre as responsabilidades, penalidades em caso de uso indevido do Saúde CAIXA;
- Subitem [3.1.4](#) – incluído para deixar claro as coberturas previstas no Saúde CAIXA e as condições necessárias para garantia cobertura aos beneficiários;
- Subitem [3.1.6](#) – incluído para deixar claro que a o Saúde CAIXA cumpre as DUT ANS;
- Subitem [3.3.11.6.1](#) – incluído para estabelecer a competência da CEPES quanto à alteração da destinação dos débitos da mensalidade do Titular;
- Subitem [3.3.12.2.1](#) – incluído para estabelecer a competência da CEPES quanto à alteração da destinação dos débitos da participação do Titular;
- Subitem [3.11.3.6.1](#) – incluído para especificar a periodicidade de apresentação do relatório de informação de partos realizados;

- Subitem 3.11.4.8 – incluído para deixar claro que no caso de procedimentos com necessidade de autorização prévia, a solicitação de autorização precede;
- Subitem 3.18.4.4 – Trata sobre o pagamento de prestação de serviços ao credenciado, tendo em vista que esta responsabilidade deixou de ser da GIPES e passou a ser da CEPES;
- Subitem [4.1.2.2](#) – trata de procedimento da CEPES no caso de empregado CAIXA que deixa de receber ou volta a receber remuneração pela CAIXA.

Exclusão:

- Subitem 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;
- Subitem 3.18.3.10 – Realiza pagamento de prestação de serviços ao credenciado;
- Item 4.2 e seus subitens – tratam sobre a rotina de cobrança de saldo devedor do Saúde CAIXA. A exclusão deve-se ao fato de que essa rotina está descrita no [NS263](#);
- Anexo III – Saldo devedor – Contato com o devedor. Excluído em função da exclusão do item 4.2;
- Anexo IV – Saldo devedor – Parcelamento. Excluído em função da exclusão do item 4.2.

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 Candidatura e Exercício de Mandato Eletivo](#)

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

[RH042 PAMS - Condições Gerais](#)

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

[RH053 Regulamento de Pessoal](#)

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

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

[RH221 Plano de Assistência à Saúde - Saúde CAIXA - para Empregados Admitidos até 31/08/2018 - ACT 2018/2020 - Beneficiários](#)

[RH223 Plano de Assistência à Saúde - Saúde CAIXA - para Empregados Admitidos até 31/08/2018 - ACT 2018/2020 - Assistências](#)

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

Não se aplica

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 as 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;
- Atendimento de Urgência – é o atendimento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
- Atendimento de Emergência – são os casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizados em declaração do 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 – Autoatendimento 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;
- 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;
- DUT – Diretriz de utilização;
- 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;
- Medicamento importado não nacionalizado – medicamento produzido fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- 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 TUSSCAIXA;
- 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;
- ROL ANS – Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999;
- 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 TUSSCAIXA – 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.

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](#), 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;
- segmentação Ambulatorial + Hospitalar com obstetria + Odontológico;
- adaptado à Lei 9.656/98.

3.1.4 O Saúde CAIXA oferece cobertura de atendimento aos seus beneficiários nas assistências médica, cirúrgica, hospitalar, psiquiátrica, geriátrica, fisioterápica, nutricional, apoio paramédico domiciliar, internação domiciliar e odontológica, desde que cumpridas as condições a seguir:

- enquadramento no ROL ANS e/ou na Tabela TUSSCAIXA;
- atendimento às DUT ANS e/ou DUT Saúde CAIXA;
- atendimento às regras previstas nos normativos do Saúde CAIXA;
- solicitação do profissional de saúde assistente, com vigência de, no máximo, 30 dias a contar da data da emissão.

3.1.5 São custeados somente procedimentos previstos na Tabela TUSSCAIXA, disponível no [AutoSC link](#) Tabela de Procedimentos.

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

3.1.6.1.1 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.

3.1.7 Todos os procedimentos, eventos, materiais (inclusive OPME) e medicamentos cobertos pelo Saúde CAIXA estão limitados às DUT ANS, nos casos em que a ANS define diretriz de utilização.

3.1.8 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.

3.1.8.1 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.

3.1.8.2 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:

- 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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.
- contribuição mensal de 6,66%, debitada por meio da Rubrica 460, sobre RB do dia anterior ao afastamento do empregado, referente à parte empregado e parte empregador, no caso de Titular, empregado da CAIXA, afastado por um dos motivos relacionados a seguir:
- exercício de mandato eletivo;
 - exercício de cargo de direção – LED;
 - LIP Incentivada;
 - cessão a outro Órgão sem ônus para a CAIXA.
- contribuição mensal de 6,66%, debitada por meio da Rubrica 460, sobre RB do dia anterior ao desligamento da CAIXA, referente à parte empregado e parte empregador, no caso de empregado demitido da CAIXA, sem justa causa, mas com manutenção da titularidade do Saúde CAIXA, conforme [RH221](#).

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 da mensalidade do dependente indireto, independentemente da quantidade de dias de vigência da adesão do Titular ou da inscrição do do dependente 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, por meio de rubricas específicas, subitem [3.3.1](#);
- aposentados e titulares de pensão vinculados à FUNCEF, PREVHAB e SASSE, por meio de rubricas específicas, subitem [3.3.1](#).

3.3.11.6.1 Compete à CEPES alterar no cadastro do titular a destinação dos débitos, nas situações em que o empregado CAIXA deixa de receber ou volta a receber remuneração pela CAIXA.

3.3.11.7 A cobrança da mensalidade é encaminhada automaticamente pelo SIAGS, para débito em conta de depósito do titular, na CAIXA, nas situações a seguir:

- por determinação judicial;
- a pedido do Titular ou responsável pela pensão, por escrito ou mediante apresentação do [MO21038](#), à CEPES – Central Saúde CAIXA, 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](#).
- Impossibilidade de cobrança da mensalidade em folha de pagamento da CAIXA, FUNCEF, PREVHAB ou SASSE.

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 efetuado em folha de pagamento, por meio de rubricas específicas, subitem [3.3.1](#), 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 Compete à CEPES alterar no cadastro do titular a destinação dos débitos, nas situações em que o empregado CAIXA deixa de receber remuneração pela CAIXA.

3.3.12.3 A cobrança da participação é encaminhada automaticamente pelo SIAGS, para débito em conta de depósito do titular, na CAIXA, nas situações a seguir:

- por determinação judicial;
- a pedido do Titular ou responsável pela pensão por escrito ou mediante apresentação do [MO21038](#), em situação de participação pendente;
- 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](#)
- Impossibilidade de cobrança de coparticipação em folha de pagamento da CAIXA, FUNCEF, PREVHAB ou SASSE.

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

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

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

3.3.12.5 É devida a cobrança de cada tipo de participação em rubrica diferenciada, subitem [3.3.1](#).

3.3.12.6 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 intervalar estabelecido de acordo com o contido na Tabela TUSCAIXA 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 ou não, de mensalidade do Saúde CAIXA, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, 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, subitem [3.3.1](#), 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, subitem [3.3.1](#), ou nas rubricas do PAMS, [RH042](#).

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, anualmente, por meio do portal do Saúde CAIXA, www.saude.caixa.gov.br, o comprovante para Imposto de Renda, referente às despesas pagas pelo titular.

3.6 PROCEDIMENTOS SEM COBERTURA PELO SAÚDE CAIXA

3.6.1 Não são passíveis de custeio pelo Saúde CAIXA, os procedimentos a seguir:

- a) avaliação pedagógica;
- b) avaliação psicológica;
- c) conjugação de procedimentos existentes na tabela TUSSCAIXA ou no ROL ANS, com o objetivo de custeio de evento, cirúrgico ou não, sem cobertura obrigatória pela TUSSCAIXA e/ou ROL ANS;
- d) cursos e atividades similares, mesmo que incluam abordagens terapêuticas com foco no participante beneficiário do Saúde CAIXA;
- e) despesa hospitalar de iniciativa do beneficiário e não prescrita pelo médico assistente;
- f) 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;
- g) despesas com EPI;
- h) exame de paternidade;
- i) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- j) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não enquadrados nas regras previstas no [RH223](#);
- k) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não enquadrados nas regras previstas no [RH223](#);
- l) internação para realização de exames de diagnóstico que não requeiram o procedimento e/ou administração de medicamentos;
- m) orientação vocacional;
- n) procedimento assistencial realizado sem atendimento às condições estabelecidas nos normativos do Saúde CAIXA;
- o) procedimento não previsto na Tabela TUSSCAIXA e qualquer despesa decorrente da sua realização;

- p) procedimento não reconhecido pelo Ministério da Saúde e conselhos federais de profissionais da área de saúde;
- q) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para esses fins;
- r) procedimentos e/ou tratamentos decorrentes de casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- s) procedimentos idênticos, realizados simultaneamente por profissionais diferentes;
- t) procedimentos realizados além do limite previsto nos normativos do Saúde CAIXA e/ou tabela TUSSCAIXA sem autorização prévia da CAIXA;
- u) psicoterapia com objetivo de supervisão profissional ou para cumprimento de compromisso curricular;
- v) psicoterapia de grupo para o 2º e demais dependentes de mesmo titular, se participante do mesmo grupo terapêutico;
- w) psicoterapia individual para membros de um mesmo núcleo familiar realizada, simultaneamente, pelo mesmo profissional assistente;
- x) qualquer técnica de reprodução assistida;
- y) recanalização de trompas e canais deferentes;
- z) reversão de vasectomia;
- aa) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- bb) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- cc) tratamento em estância hidromineral, hidrotermal e de repouso;
- dd) tratamento no exterior;
- ee) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- ff) vacinas não previstas no rol de cobertura disponível no [AutoSC](#) em Tabela de Reembolso.

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 o profissional auditor, são cumpridas as regras previstas no [RH223](#) para composição de junta médica ou odontológica.

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 a beneficiária na escolha do profissional médico obstetra, a CAIXA disponibiliza, no sítio da Central Saúde CAIXA, o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais efetuados pelo Saúde CAIXA, por meio do relatório disponível no endereço a seguir:

▪ <http://www.centraisaudercaixa.com.br/beneficiarios/arquivos-beneficiarios/>.

3.11.3.6.1 O percentual de parto disponibilizado no sítio da Central Saúde CAIXA refere-se à quantidade de partos realizados no período de 1 ano, conforme especificação a seguir:

- quando consultado após 31 de março do ano de solicitação, fornece os percentuais relativos ao ano imediatamente anterior à solicitação;
- quando solicitado entre o período de 01 de janeiro até 31 de março do ano de solicitação, fornece os percentuais do segundo ano imediatamente anterior ao pedido de solicitação.

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

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

3.11.3.6.3.1 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 TUSSCAIXA, 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.

3.11.4.8 É vedada a realização de atendimento, por meio da Livre Escolha, sem a emissão de autorização pela empresa de auditoria, no caso de procedimento que requer autorização prévia, subitens [3.8.1](#) e [3.8.2](#).

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 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 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:

- adesão de Titular, manutenção de adesão de Titular e cancelamento de adesão de Titular ao Saúde CAIXA;
- inscrição, manutenção de inscrição e cancelamento de inscrição de dependente no Saúde CAIXA;
- cadastro de responsável pela pensão;
- assistências previstas no [RH223](#);
- credenciamento de prestadores de serviços de saúde para atendimento aos beneficiários do Saúde CAIXA, [RH049](#);
- condições gerais do Saúde CAIXA.

3.13 RESPONSÁVEL FINANCEIRO NO SAÚDE CAIXA

3.13.1 São considerados responsáveis financeiros no Saúde CAIXA:

- o Titular, responsável por si e por seus beneficiários dependentes, perante a CAIXA;
- o responsável pela pensão, responsável pelos beneficiários mantidos, no Saúde CAIXA, como dependentes de Titular falecido.

3.14 USO INDEVIDO

3.14.1 O uso indevido é caracterizado pelo descumprimento de regra(s) prevista(s) nos normativos do Saúde CAIXA pelo titular e/ou pelos dependentes.

3.14.2 No caso de responsável financeiro, na condição de empregado CAIXA, o uso indevido acarreta as penalidades a seguir:

- pagamento integral, pelo responsável financeiro, das despesas assistenciais realizadas pelo grupo familiar, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês
- suspensão, de imediato, da adesão ao Saúde Caixa, pelo período de 12 meses, a contar da constatação do uso indevido pelo beneficiário titular e/ou por seu(s) beneficiário(s) dependente(s);
- instauração de processo de apuração conforme [AE079](#) pela CEPES, que pode resultar em advertência, suspensão ou rescisão do contrato de trabalho, no caso de beneficiário titular na condição de empregado CAIXA, quando caracterizado uso indevido pelo beneficiário titular e/ou pelo(s) beneficiário(s) dependente(s);
- aplicação das sanções previstas no [RH053](#).

3.14.2.1 Conclusa a apuração do processo instaurado conforme AE079, aplica-se, ainda, uma das penalidades a seguir

- suspensão da adesão ao Saúde CAIXA, pelo período da suspensão do contrato de trabalho, caso a apuração do processo resulte em suspensão do contrato de trabalho;
- suspensão definitiva da adesão ao Saúde CAIXA, caso a apuração do processo resulte em rescisão do contrato de trabalho;

3.14.3 No caso de responsável financeiro, na condição de aposentado, o uso indevido acarreta as penalidades a seguir:

- pagamento integral, pelo responsável financeiro, das despesas assistenciais realizadas pelo grupo familiar, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês;
- cancelamento da adesão do Titular falecido;
- cancelamento da inscrição de todos os dependentes inscritos no Saúde CAIXA.

3.14.4 No caso de responsável financeiro, na condição de responsável pela pensão, o uso indevido acarreta as penalidades a seguir:

- pagamento integral, pelo responsável financeiro, das despesas assistenciais realizadas pelo grupo familiar, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês;
- cancelamento da adesão do Titular falecido;

- cancelamento da inscrição de todos os dependentes do Titular falecido inscritos no Saúde CAIXA.

3.14.5 O uso indevido a partir do dia imediatamente posterior à data de desligamento da CAIXA, submete o ex-Titular ao pagamento integral das despesas assistenciais realizadas pelo grupo familiar, corrigidas monetariamente pela TR e juros de 0,5% ao mês, sob pena de responder, civil e criminalmente, pela utilização indevida do Saúde CAIXA.

3.15 ARQUIVO DO SAÚDE CAIXA

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

3.16 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA

3.16.1 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 – Saúde CAIXA, conforme as normas, regulamento e legislação em vigor.

3.16.2 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.

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

3.17 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA

3.17.1 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.

3.17.2 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.

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

3.18 RESPONSABILIDADES PELO SAÚDE CAIXA

3.18.1 CAIXA

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

3.18.2 GESAP

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

3.18.2.2 Acompanha a legislação pertinente à área de saúde.

3.18.2.3 Acompanha a execução dos processos em âmbito nacional.

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

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

3.18.2.6 Define as diretrizes e padrões do Saúde CAIXA.

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

3.18.2.8 Acompanha a utilização do Saúde CAIXA.

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

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

- 3.18.2.11 Analisa e decide sobre procedimentos não previstos na Tabela TUSSCAIXA.
- 3.18.2.12 Analisa e decide sobre solicitações em grau de recurso.
- 3.18.2.13 Atualiza a Tabela TUSSCAIXA
- 3.18.2.14 Atualiza a página do Saúde CAIXA na *internet*, a Cartilha do Beneficiário e o Manual do Credenciado.
- 3.18.2.15 Define parâmetros de negociação para a tabela negociada com os credenciados.
- 3.18.2.16 Intermedia as negociações e acordos com profissionais e instituições.
- 3.18.2.17 Analisa e decide sobre reajuste de tabela e inclusão de procedimentos negociados pelas GIPES.
- 3.18.2.18 Retém e recolhe os encargos sociais incidentes sobre os valores de serviços prestados pela rede credenciada.
- 3.18.2.19 Efetua o ressarcimento ao SUS.
- 3.18.2.20 Efetua a gestão operacional e o acompanhamento do SIAGS, de acordo com o [AD029](#).
- 3.18.2.21 Administra os convênios de reciprocidade.

3.18.3 GIPES

- 3.18.3.1 Acompanha a utilização do Saúde CAIXA no seu âmbito de atuação.
- 3.18.3.2 Analisa e decide sobre reembolso de procedimentos no seu âmbito de atuação.
- 3.18.3.3 Analisa e decide sobre procedimentos que necessitam de autorização prévia no seu âmbito de atuação.
- 3.18.3.4 Analisa recursos e quando houver fatos novos encaminha à GESAP, com manifestação técnica e administrativa.
- 3.18.3.5 Analisa e decide sobre procedimentos realizados sem a devida autorização prévia.
- 3.18.3.6 Realiza acompanhamento quantitativo e qualitativo da rede de credenciados.
- 3.18.3.7 Negocia valores da Tabela TUSSCAIXA no seu âmbito de atuação.
- 3.18.3.8 Convoca o beneficiário para avaliação clínica, por motivos técnicos ou administrativos.
- 3.18.3.9 Solicita documentação do beneficiário e/ou profissional assistente para subsidiar análise técnica de profissional da CAIXA ou de profissional por ela designado.
- 3.18.3.10 Procede acerto de desconto de participação.
- 3.18.3.11 Representa, regionalmente, a área de saúde da CAIXA, perante órgãos públicos e organizações de saúde ou afins.
- 3.18.3.12 Operacionaliza os convênios de reciprocidade.

3.18.4 CEPES

- 3.18.4.1 Analisa e decide sobre inscrições e renovações dos beneficiários do Saúde CAIXA, conforme [RH221](#).
- 3.18.4.2 Analisa e decide sobre solicitação de remoção aérea e terrestre.
- 3.18.4.3 Atua na gestão da Central de Atendimento Saúde CAIXA.
- 3.18.4.4 Realiza pagamento de prestação de serviços ao credenciado.

3.18.5 BENEFICIÁRIO DO SAÚDE CAIXA

- 3.18.5.1 Preserva e promove sua saúde.
- 3.18.5.2 Confere o Demonstrativo de Despesas do Saúde CAIXA.
- 3.18.5.3 Notifica à GIPES de atendimento as ocorrências que comprometam a qualidade da assistência prestada pela rede credenciada e procedimentos incompatíveis com as normas vigentes.
- 3.18.5.4 Comunica à GIPES de atendimento abandono de tratamento.
- 3.18.5.5 Observa as exigências dos normativos e condições estabelecidas na Tabela TUSSCAIXA, disponibilizada no [AutoSC](#), Cartilha do beneficiário e site do Saúde CAIXA.
- 3.18.5.6 Comparece à avaliação clínica, quando convocado, e/ou fornece a documentação solicitada pela GIPES, sob pena de cobrança integral do procedimento.

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

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

3.18.5.8 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](#).

3.18.6 CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA

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

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

3.18.6.3 Examina e opina sobre as contas do Saúde CAIXA.

3.18.6.4 Propõe alterações e aperfeiçoamentos no Saúde CAIXA.

3.18.6.5 Propõe alterações no Regimento Interno do Conselho.

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

3.18.7 MEMBROS DO CONSELHO CONSULTIVO DO SAÚDE CAIXA

3.18.7.1 Participam e votam nas reuniões do Conselho.

3.18.7.2 Propõem matérias a serem examinadas pelo Conselho.

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

3.18.7.4 Relatam as matérias propostas pela instituição representada.

3.18.8 CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA

3.18.8.1 Analisa o desempenho financeiro do Saúde CAIXA.

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

3.18.8.3 Propõe alterações para o aperfeiçoamento do Saúde CAIXA.

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

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

3.18.8.6 Presta esclarecimentos aos usuários.

3.18.8.7 Avalia os serviços prestados pelo Saúde CAIXA.

3.18.8.8 Promove o entrosamento e aproximação dos usuários com a GIPES.

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

3.18.8.10 Discute e propõe soluções para os problemas vivenciados pelos usuários.

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

3.18.8.12 Remete às instâncias competentes propostas de alterações do Regimento.

3.18.8.13 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, em abertura de processo de alteração cadastral, por meio de um dos canais a seguir:

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

4.1.2 CEPES

4.1.2.1 Efetua acerto de mensalidade.

4.1.2.2 Altera no cadastro do Titular empregado a destinação dos débitos, nas situações em que o empregado CAIXA deixa de receber ou volta a receber remuneração pela CAIXA.

4.1.2.3 Altera no cadastro do Titular aposentado e do responsável pela pensão os dados bancários em que incidirão acertos relativos à manutenção do Plano.

4.2 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

4.2.1 BENEFICIÁRIO

4.2.1.1 Formaliza a solicitação por meio de formulário eletrônico disponível no endereço <https://autoscaixa.gov.br/autosca> e envia a documentação digitalizada.

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

4.2.1.1.2 Para procedimentos odontológicos formaliza a solicitação, conforme item [4.2.1.1](#), 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.

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

4.2.1.1.3 Concedida a senha de autorização, inicia o tratamento autorizado;

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

4.2.2 DENTISTA CAIXA

4.2.2.1 Orienta o auditor da empresa de auditoria contratada.

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

4.2.2.3 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.

4.3 ESCOLHA DIRIGIDA

4.3.1 BENEFICIÁRIO

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

4.3.1.2 Comparece à realização do procedimento de saúde.

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

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

4.3.1.5 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).

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

4.4 LIVRE ESCOLHA

4.4.1 BENEFICIÁRIO

4.4.1.1 O titular ou titular de pensão solicita reembolso por meio de formulário eletrônico disponível no endereço <https://autoscaixa.gov.br/autosca> 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.

4.4.2 GIPES

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

4.4.2.2 Analisa se a documentação encaminhada está de acordo com o item [4.4.1.1](#).

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

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

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

4.5 INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO

4.5.1 BENEFICIÁRIO

4.5.1.1 Havendo necessidade de atendimento ao beneficiário, e caracterizada a indisponibilidade ou inexistência de prestador credenciado no município de demanda, nos municípios limítrofes e região de saúde, comunica formalmente à CEPES – Central de Atendimento, por meio de um dos canais a seguir:

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

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

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

4.5.2 GIPES

4.5.2.1 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.

4.5.2.2 Recebe solicitação de reembolso de despesas quando previsto.

4.6 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS E TRIBUTÁRIOS

4.6.1 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS MANUAIS

4.6.1.1 CECOB/SP

4.6.1.1.1 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](#).

4.6.2 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS AUTOMÁTICOS

4.6.2.1 LANÇAMENTOS CONTÁBEIS GERADOS PELO SIAGS – OL 3185074

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

4.6.2.2 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
				CORRENTE		INTERMEDIÁRIO		DESTINAÇÃO FINAL	
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
PRDP – Pedido de Reembolso de Despesas Saúde CAIXA	MO21013	SISMN	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	
Autorização de Débito em Conta Depósito	MO21038	SISMN	Papel	GIPES	5 anos	10 anos	Eliminação	Precaucional	
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

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 – Saude 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.