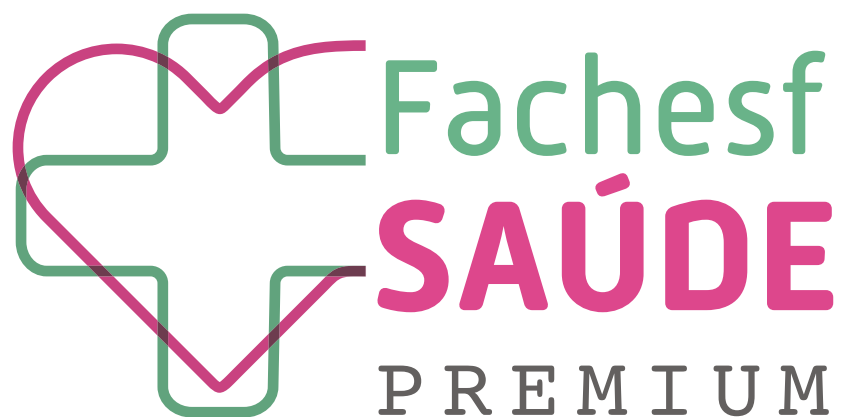


# REGULAMENTO





# FACHESF-SAÚDE PREMIUM

## CAPÍTULO I - DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

**Art. 1º.** FUNDAÇÃO CHESF DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE SOCIAL - FACHESF, operadora de planos privados de assistência à saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 31723-3, classificada como autogestão, com patrocínio e sem mantenedor, inscrita no CNPJ sob o nº 42.160.192/0001-43, localizada na Rua do Paissandu, 58, Boa Vista, Recife/PE, é a entidade a qual ofertará e gerenciará o plano de saúde que é objeto deste regulamento.

**Art. 2º.** Considera-se PATROCINADORA toda pessoa jurídica, instituição pública ou privada, que vier a firmar convênio de adesão, na forma prevista no Estatuto da Entidade e na legislação em vigor, na qualidade de Patrocinadora da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – FACHESF na qual participa, total ou parcialmente, do custeio de plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e à sua administração.

**Art. 3º.** Considera-se INSTITUIDORA toda pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que cria plano de benefício previdenciário para os seus associados ou membros, a ser administrado por uma Entidade Fechada de Previdência Complementar.

**Art. 4º.** A formalização da condição de PATROCINADORA / INSTITUIDORA será efetivada por meio de convênio de adesão, nos termos da legislação aplicável.

**Art. 5º.** O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado FACHESF-SAÚDE PREMIUM, está registrado na ANS sob o nº 493.976/22-0 e possui as seguintes características gerais:

- I. Tipo de contratação: Coletivo por adesão.
- II. Segmentações assistenciais: Ambulatorial; hospitalar com obstetrícia; odontológico.
- III. Fator moderador: Coparticipação.
- IV. Área geográfica de abrangência: Grupo de Estados.
- V. Área geográfica de atuação: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Rio de Janeiro e São Paulo.
- VI. Padrão de acomodação em internação: Individual.

**VII.** Formação do preço: Pré-estabelecido.

**VIII.** Cobertura assistencial: Limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**IX.** Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

## CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS DO PLANO E DOS ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

**Art. 6º.** O FACHESF-SAÚDE PREMIUM, doravante denominado "PLANO", é um Plano de assistência à saúde destinado aos titulares, extensivo aos seus dependentes, doravante denominados "BENEFICIÁRIOS", os quais atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste regulamento.

Parágrafo Único – O objetivo do plano é oferecer aos BENEFICIÁRIOS a cobertura de despesas médico-hospitalares e odontológicas, conforme a legislação vigente e as regras retratadas neste instrumento.

**Art.7º.** O presente regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços e/ou cobertura de despesas assistenciais, na forma de plano privado de assistência à saúde, prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/1998, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID-10), previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e vigente à época do evento, para as seguintes segmentações: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontologia.

Parágrafo Único – O presente instrumento traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, cujas características são de contrato de adesão.

## CAPÍTULO III - DAS DEFINIÇÕES

**Art. 8º.** Para os efeitos deste regulamento, serão adotadas as seguintes definições:

**I.** Acidente pessoal: evento ocorrido em data específica que é provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários, e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.

- II.** Adjuvantes: medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, cuja finalidade é intensificar o seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- III.** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): autarquia sob o regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde.
- IV.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): autarquia sob o regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de controle sanitário de todos os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.
- V.** Ambulatório: estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital e capacitado para o atendimento de consultas médicas básicas e especializadas, de procedimentos terapêuticos e de diagnósticos, sem a necessidade de internação hospitalar.
- VI.** Área de abrangência geográfica: área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.
- VII.** Atendimento ambulatorial: serviços realizados em ambulatório, os quais não exigem internação hospitalar.
- VIII.** Auditoria ou perícia: atividade desenvolvida por profissional da área de saúde que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e de condutas terapêuticas, propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e os preceitos éticos os quais ditam as ações e relações humanas e sociais.
- IX.** BENEFICIÁRIO: pessoa física (titular ou dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.
- X.** Carência: prazo ininterrupto durante o qual os BENEFICIÁRIOS não têm direito às coberturas pactuadas.
- XI.** Carteira de identificação: documento de identificação do BENEFICIÁRIO para fins de utilização dos serviços do plano de saúde, cuja validade se dará apenas com a presença do documento de identidade.
- XII.** Categoria de BENEFICIÁRIO: é dividida em BENEFICIÁRIO titular, BENEFICIÁRIO dependente direto e BENEFICIÁRIO agregado.
- XIII.** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10): ferramenta epidemiológica do cotidiano médico, a qual foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e visa a monitorar a incidência e prevalência de doenças, mediante uma padronização universal das doenças.

- XIV.** Complicações no processo gestacional: alterações patológicas durante a gestação, a exemplo de gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
- XV.** Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU): órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cuja competência é deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, conforme o artigo 35-A da Lei nº 9.656/98.
- XVI.** Coparticipação: parte efetivamente paga pelo BENEFICIÁRIO titular à operadora de saúde quando são utilizados os serviços cobertos, por si e por seus dependentes, e definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.
- XVII.** Doença grave: conforme legislação brasileira: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna (câncer), cegueira, hanseníase, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), fibrose cística (mucoviscidose), hepatopatia grave.
- XVIII.** Evento: conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica e/ou hospitalar realizado pelo BENEFICIÁRIO do plano.
- XIX.** Exames complementares de diagnóstico: exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais solicitados pelo médico.
- XX.** Hospital-Dia: atendimento hospitalar o qual não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.
- XXI.** Internação hospitalar eletiva: internação programada, ou seja, não emergencial.
- XXII.** Internação hospitalar emergencial: internação de caráter emergencial, ou seja, não programada.
- XXIII.** Mensalidade: valor pago pelo BENEFICIÁRIO titular, com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde, por si e por seus dependentes.
- XXIV.** Modalidade convênio: escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam na lista de credenciados da operadora de saúde.
- XXV.** Modalidade livre escolha: escolha do profissional liberal da área de saúde clínica, hospitalar e laboratorial não conveniado com a operadora de saúde.
- XXVI.** Portador de doença grave: portadora de doença grave classificada pela OMS.
- XXVII.** Reciprocidade: convênio celebrado entre duas operadoras de planos de saúde que ofereçam condições similares para utilização recíproca da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde, de modo a prestar atendimentos aos BENEFICIÁRIOS, permutando os serviços e observando as normas de cada Operadora.
- XXVIII.** Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: listagem mínima e obrigatória de procedimentos que um plano de saúde deve oferecer.

## CAPÍTULO IV - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**Art. 9º.** Serão considerados BENEFICIÁRIOS titulares, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo PLANO, às pessoas naturais que sejam Participantes dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – FACHESF.

§1º. Os titulares de outros planos de saúde da FACHESF, desde que elegíveis conforme o caput deste Artigo, poderão solicitar a transferência para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM.

§2º. Os titulares de outros planos de saúde, desde que elegíveis conforme o caput deste Artigo, poderão exercer a portabilidade para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM, devendo, para tanto, serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela RN nº 438/2018 e suas alterações e/ou demais normas emanadas pela ANS posteriormente.

**Art. 10º.** Serão considerados, para efeito do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, desde que respeitadas as normas internas da PATROCINADORA/INSTITUIDORA:

**I.** Na qualidade de BENEFICIÁRIO dependente direto:

- a) Cônjuge do titular;
- b) Companheiro(a), desde que viva em união estável com o BENEFICIÁRIO titular, inclusive do mesmo sexo, configurada a convivência pública, contínua e duradoura ou tenha filho(a) com o respectivo companheiro(a), sendo vedada a inscrição simultânea do cônjuge e do(a) companheiro(a);
- c) Filho(a) e enteado(a) até 24 (vinte e quatro) anos;
- d) Filho(a) e enteado(a) com deficiência, de qualquer idade;
- e) Menor sob guarda.

**II.** Na qualidade de BENEFICIÁRIO dependente agregado:

- a) Filho(a) e enteado(a) acima de 24 (vinte e quatro) anos;
- b) Tutelado(a) de qualquer idade;
- c) Ex-cônjuge;
- d) Neto(a);
- e) Bisneto(a);
- f) Trineto(a);
- g) Irmão(ã);
- h) Sobrinho(a);
- i) Primo(a);
- j) Sobrinho(a)-neto(a);
- k) Genro e nora;

- l) Cunhado(a);
- m) Mãe e pai;
- n) Madrasta e padrasto.

**Art. 11º.** Para efeito do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, sempre que for julgado necessário, serão realizadas avaliações para constatação da presença de requisitos básicos, tanto para admissão como para manutenção de dependentes.

§1º. A inscrição de dependentes ficará condicionada à participação de titular.

§2º. Não será admitida a inclusão de outros dependentes, além das hipóteses listadas no presente regulamento.

**Art. 12º.** Para o cadastro no plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, será necessária a apresentação da documentação constante do Anexo I deste instrumento.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de 24(vinte e quatro) anos, incapacitados permanentemente, na categoria de dependentes diretos, deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo médico assistente, o qual será submetido à análise da auditoria médica.

§2º. A FACHESF terá o direito de, a qualquer tempo, exigir do BENEFICIÁRIO a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas.

**Art. 13º.** Será assegurada a inclusão:

- I.** Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO titular, ou de seu dependente, com a isenção do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, não cabendo nenhuma alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos do nascimento ou adoção; e,
- II.** Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO titular, desde que ocorra dentro do prazo de 30 (trinta) dias corridos após a lavratura do termo de adoção.

Parágrafo Único – A inclusão dos BENEFICIÁRIOS previstos nos incisos I e II ficará condicionada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente regulamento.



## CAPÍTULO V - DAS COBERTURAS E DOS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**Art. 14º.** O Plano cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, aos BENEFICIÁRIOS inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos.

§ 1º. Serão cobertos os atendimentos realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste regulamento, na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da FACHESF, independentemente da circunstância e do local de origem do evento, desde que estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

§ 2º. Serão respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10.

### SEÇÃO I - DA COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR

**Art. 15º.** A cobertura ambulatorial compreende:

- I.** Os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656/1998 e regulamentação vigente;
- II.** Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- III.** Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;
- IV.** Medicamentos registrados e/ou regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente e pelo cirurgião dentista;
- V.** Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, solicitadas pelo médico assistente, observando a legislação vigente à época do evento, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como os critérios descritos

nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;

**VI.** Consultas e sessões de psicoterapia, observando a legislação vigente à época do evento, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

**VII.** Procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

**VIII.** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

**IX.** Quimioterapia oncológica, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

**X.** Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;

**XI.** Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar, por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, observando a legislação vigente à época do evento, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

**XII.** Hemoterapia ambulatorial;

**XIII.** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, observando a legislação vigente à época do evento, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e,

**XIV.** Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como, medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observando a legislação vigente à época do evento, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS.

**Art. 16º.** A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

**I.** Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, desde que solicitadas pelo médico assistente;

**II.** Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto as de caráter particular, e alimentação;

**III.** Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, desde que indicado pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

b) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, deverá ser observada a legislação, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigentes na data do evento.

**IV.** Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do BENEFICIÁRIO e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

**V.** Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;

**VI.** A cobertura de despesas correspondentes ao pernoite e café da manhã do acompanhante. Caso o paciente seja menor de 18 anos, maior de 60 anos, ou pessoa com deficiência, o acompanhante terá direito às 03 (três) refeições, salvo contra indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, ou em internação em CTI, UTI ou similares;

**VII.** Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos observando a legislação vigente à época do evento, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

a) Cabe ao médico ou cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME implantáveis necessários, bem como o instrumental compatível com o seu treinamento necessário e adequado à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país, sendo vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos. Caso o implante seja produzido por poucos ou um único fabricante, cabe ao médico assistente justificar sua indicação, conforme Resolução CFM N° 2.318/2022, e suas atualizações posteriores, ficando a análise a cargo da FACHESF; e,

c) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a FACHESF, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela FACHESF, conforme determina a legislação vigente na data da realização do evento.

**VIII.** Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;

**IX.** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

**X.** O imperativo clínico, mencionado no item acima, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) O cirurgião-dentista assistente e ou o médico assistente deverá justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao BENEFICIÁRIO, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

**XI.** Procedimentos ambulatoriais, previstos na legislação vigente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Radioterapia;

d) Hemoterapia;

e) Nutrição parenteral ou enteral;

f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) Radiologia intervencionista;

h) Consulta pré-anestésica e/ou exames pré-cirúrgicos;

i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física; e,

j) Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, observadas as DUT previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

**XII.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

**XIII.** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme legislação, bem como Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

**XIV.** Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, sendo respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

- a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do BENEFICIÁRIO receptor;
- b) Medicamentos utilizados durante a internação;
- c) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e,
- d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos sem qualquer ônus ao BENEFICIÁRIO.

Parágrafo Único – Em conformidade com o estabelecido na legislação específica vigente, considerar que:

- a) O BENEFICIÁRIO candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;
- b) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT; e,
- c) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor, determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

**XV.** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

**XVI.** Despesas, incluindo acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI ou similares; e,

**XVII.** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO titular ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o BENEFICIÁRIO titular tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

**Art. 17º.** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, será observado o seguinte:

- I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas quando houver indicação do médico assistente;
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- III. Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, definido, para fins deste regulamento, como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação convencional e proporcionando a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento; e,
- IV. Nas internações decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de 1 (um) ano, contado a cada ano de contrato.

**Art. 18º.** O presente regulamento garante ainda:

- I. atendimentos para planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/98, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- II. Eventos e procedimentos relacionados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, que necessitem de anestesia e sedação, caso haja indicação clínica;
- III. Insumos necessários à realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, bem como equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, incluindo os profissionais de instrumentalização cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, caso haja indicação clínica;
- IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários à execução de procedimentos e eventos em saúde, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, somente terão

cobertura assegurada quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento; e,

**VI.** Remoção, bem como a manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.

## SEÇÃO II - DAS COBERTURAS ODONTOLÓGICAS

**Art. 19º.** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, observando-se os procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como nas Diretrizes de Utilização (DUT) vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este regulamento.

Parágrafo Único – A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

## CAPÍTULO VI - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

**Art. 20º.** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU e demais normas vigentes, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos neste instrumento e os provenientes de:

- I.** Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FACHESF sem atendimento às condições previstas neste regulamento;
- II.** Atendimentos prestados antes do início da vigência do contrato do Plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, respeitadas as demais condições deste regulamento;
- III.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e/ou não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal



de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia– CFO ou pelo Conselho Federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aqueles que fazem uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, cujas indicações não constem da bula ou manual registrada na ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante;

**IV.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

**V.** Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

**VI.** Cirurgia plástica estética de qualquer natureza, exceto para os casos em que haja previsão legal expressa da cobertura;

**VII.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

**VIII.** Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;

**IX.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

**X.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção da quimioterapia oncológica ambulatorial e dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;

**XI.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

**XII.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;



- XIII.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XIV.** Aplicação de vacinas preventivas;
- XV.** Serviço de enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVI.** Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;
- XVII.** Aparelhos ortopédicos;
- XVIII.** Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XIX.** Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
- XX.** Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviço telefônico, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXI.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXII.** Avaliação pedagógica;
- XXIII.** Orientações vocacionais;
- XXIV.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXV.** Qualquer outro tipo de atendimento domiciliar – listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXVI.** Remoção domiciliar;
- XXVII.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXVIII.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXIX.** Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação têmporo-mandibular)
- XXX.** Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXI.** Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXII.** Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXIII.** Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XXXIV.** Transplantes ósseos;
- XXXV.** Enxertos ósseos e biomateriais;
- XXXVI.** Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XXXVII.** Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XXXVIII.** Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

- XXXIX.** Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XL.** Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, para a segmentação odontológica;
- XLI.** Cirurgias Odontológicas a laser;
- XLII.** Clareamento dentário; e,
- XLIII.** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

## CAPÍTULO VII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

**Art. 21º.** Os serviços previstos neste regulamento serão prestados aos BENEFICIÁRIOS regularmente inscritos após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, bem como nas normas regulamentares da ANS:

- I.** 24 [vinte e quatro] horas para os casos de urgência e/ou emergência;
- II.** 30 [trinta] dias para consultas;
- III.** 60 [sessenta] dias para exames de baixa complexidade;
- IV.** 90 [noventa] dias para exames de alta complexidade;
- V.** 180 [cento e oitenta] dias para procedimentos odontológicos;
- VI.** 180 [cento e oitenta] dias para os procedimentos especiais previstos no Capítulo V, artigo 16º, inciso XI, atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas;
- VII.** 300 [trezentos] dias para os casos de parto a termo.

§1º. O prazo de carência será contado a partir da data de adesão do BENEFICIÁRIO ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, que será considerada o primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação formal.

§2º. Nos casos de transferência entre os planos de Saúde da FACHESF, será considerada como data de adesão o 1º dia posterior à data da solicitação.

§3º. Nos casos de portabilidade, será considerada, como data de adesão, o 1º dia posterior, à data de cancelamento do plano de origem, conforme determina a ANS.

**Art. 22º.** Será isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I. O BENEFICIÁRIO titular, e seus dependentes, se a adesão ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM ocorrer até 30 (trinta) dias da data da assinatura da vinculação do titular à PATROCINADORA; e,
- II. O BENEFICIÁRIO dependente, se a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data em que se tornar elegível para o plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM.

§1º. Entender-se-á por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do nascimento ou de adoção para a inscrição de filho ou equivalente.

§2º. Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

**Art. 23º.** Nos casos de transferência entre Planos, serão adotadas as seguintes regras:

- I. Tendo o BENEFICIÁRIO cumprido todas as carências no Plano de origem, será exigido o cumprimento de carência no caso das coberturas adicionais previstas no FACHESF-SAÚDE PREMIUM.
- II. Não tendo o BENEFICIÁRIO cumprido totalmente a carência no Plano de origem, será exigido o tempo complementar de carência em relação ao Plano de origem, bem como a carência no caso das coberturas adicionais previstas no FACHESF-SAÚDE PREMIUM.
- III. Se o BENEFICIÁRIO solicitar transferência para um Plano de menor cobertura, e ainda estiver cumprindo carência no FACHESF-SAÚDE PREMIUM, a carência já computada será considerada para fins de cumprimento da carência exigida no Plano para o qual será transferido.
- IV. Haverá transferência de carência cumprida pelo BENEFICIÁRIO, quando da sua transferência de categoria, seja de Titular para Dependente Direto ou Agregado, de Dependente para Titular ou ainda de Dependente Direto para Agregado, como também nos casos em que o Dependente Direto ou Agregado for transferido de um Titular para outro, desde que a transferência se dê no mesmo nível, ou inferior, de cobertura.
- V. Não será exigido período mínimo de permanência na nova opção de cobertura para o BENEFICIÁRIO que se transferir do FACHESF-SAÚDE PREMIUM para outro plano com cobertura inferior.
- VI. Para os BENEFICIÁRIOS transferidos de planos com cobertura inferior para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM, será exigida a permanência por um período mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de transferência.

## CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

**Art. 24º.** Caso a FACHESF adote a cobertura parcial temporária (CPT) no caso de doenças e lesões preexistentes, conforme previsto pela ANS, a mesma não será aplicada aos BENEFICIÁRIOS inscritos no prazo de 30 (trinta) dias, contados do seu ingresso na PATROCINADORA/INSTITUIDORA.

**Art. 25º.** Caso o BENEFICIÁRIO solicite adesão fora do prazo contemplado no artigo anterior, deverá preencher o formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a “Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO”.

§2º. O BENEFICIÁRIO terá o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada, orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela FACHESF, sem nenhum ônus.

§3º. Caso o BENEFICIÁRIO opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada da FACHESF, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada será orientar o BENEFICIÁRIO para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual serão registradas as doenças ou lesões de que o BENEFICIÁRIO saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e às consequências da omissão de informações.

§5º. Será vedada à FACHESF a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando tiver realizado qualquer tipo de exame ou perícia no BENEFICIÁRIO, por ocasião de sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

**Art. 26º.** Sendo constatada (por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do BENEFICIÁRIO) a existência de doença ou lesão que possa gerar

necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a FACHESF oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

**Art. 27º.** A cobertura parcial temporária consistirá na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

**Art. 28º.** A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

Parágrafo Único – As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela FACHESF por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico- hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais, e ou mediante exames médicos de avaliação exigidos para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

**Art. 29º.** Os procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1>

**Art. 30º.** Exercendo prerrogativa legal, a FACHESF não optará pelo fornecimento do agravado.

**Art. 31º.** Identificado indício de fraude por parte do BENEFICIÁRIO em relação à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano, a FACHESF deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao BENEFICIÁRIO por meio de "Termo de Comunicação ao BENEFICIÁRIO" e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do BENEFICIÁRIO à cobertura parcial temporária.

§1º. Instaurado o processo administrativo na ANS, à FACHESF caberá o ônus da prova.

§2º. A FACHESF poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do BENEFICIÁRIO sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

§3º. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º. Se solicitado pela ANS, o BENEFICIÁRIO deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º. Após julgamento, e acolhida a alegação da FACHESF, pela ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente pela FACHESF, bem como será excluído do plano.

§6º. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do plano até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

## CAPÍTULO IX - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### SEÇÃO I - DO ATENDIMENTO

**Art. 32º.** Considera-se:

- I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II. Atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e,
- III. Atendimento de urgência e ou emergência odontológico:
  - a) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
  - b) Tratamento de odontalgia aguda;
  - c) Imobilização dentária temporária;
  - d) Recimentação de peça e ou trabalho protético;
  - e) Tratamento de alveolite;
  - f) Colagem de fragmentos dentários;
  - g) Incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região bucomaxilo-facial; e
  - h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

**Art. 33º.** Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I.** Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24h (vinte e quatro horas) da adesão do BENEFICIÁRIO ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM.
- II.** Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III.** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação, se em tempo menor que as 12 (doze) primeiras horas;
- IV.** Depois de cumpridas as carências para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- V.** Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação, se em tempo menor que as 12 (doze) primeiras horas; e,
- VI.** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

## SEÇÃO II - DA REMOÇÃO

**Art. 34º.** Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor:

- I.** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede da FACHESF, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e,
- II.** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o BENEFICIÁRIO estiver cumprindo período de carência para internação.
  - a) Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial

temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e lesões preexistentes; e,

b) Na remoção para uma unidade do SUS, serão observadas as seguintes regras:

b.1) Quando não houver possibilidade de remoção por risco de morte, o BENEFICIÁRIO e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a FACHESF, desse ônus;

b.2) Caberá à FACHESF o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento;

b.3) Na remoção, a FACHESF deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

b.4) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 'b.2', a FACHESF estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO

**Art. 35º.** A FACHESF disponibiliza aos seus BENEFICIÁRIOS a utilização do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM por meio de rede credenciada ou livre escolha.

**Art. 36º.** Caso o BENEFICIÁRIO opte pela livre escolha, será assegurado o reembolso das despesas efetuadas com a assistência à saúde, prevista no presente instrumento, dentro do território nacional, no limite das obrigações deste regulamento.

§1º. Não é cabível o pagamento de reembolso de serviços utilizados em prestador pertencente à rede de credenciados da FACHESF.

§2º. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da FACHESF, que não será inferior ao valor praticado pela operadora de saúde junto à rede de credenciados do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, tendo como base o valor praticado na data de realização do evento.

§3º. A Tabela de Referência estará disponível na sede da operadora de saúde e no site [www.fachesfsaude.com.br](http://www.fachesfsaude.com.br).



§4º. É possível o reembolso integral, descontados os valores de coparticipação, quando:

- I. Nos casos de urgência/emergência, inexistir prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento conforme demanda do BENEFICIÁRIO, observando-se a área de abrangência do produto; e,
- II. Nos casos eletivos, inexistir prestador credenciado e a operadora de saúde não conseguir disponibilizar o atendimento dentro das condições e dos prazos estabelecidos pela ANS, comprovado através de protocolo de atendimento aberto pelo BENEFICIÁRIO junto à FACHESF, após ser a situação por esta analisada e respondida ao BENEFICIÁRIO.

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos em conta corrente e/ou folha de pagamento do BENEFICIÁRIO titular, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de toda a documentação comprobatória dos serviços prestados, sempre descontados os devidos valores de coparticipação.

§6º. Os processos de reembolso devem ser requeridos à FACHESF com toda a documentação comprobatória do serviço prestado, conforme detalhado no Anexo II deste Regulamento.

§7º. Em caso de negativa de reembolso, o BENEFICIÁRIO poderá reapresentar a solicitação no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data de recebimento da resposta da FACHESF, desde que anexe justificativas e/ou documentação complementar que justifique a reapresentação.

§8º. Na reapresentação, as justificativas e/ou documentos faltantes na análise anterior deverão ser encaminhados, quando será contado um novo prazo de 30 (trinta) dias.

§9º. Os pedidos de reembolso dos procedimentos eletivos deverão ser solicitados à FACHESF no prazo de até 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da solicitação médica, acompanhado dos documentos relacionados no Anexo II deste Regulamento, sob pena de perda do direito.

§10º. Nos casos de reembolso de procedimentos realizados em regime de urgência/emergência, o BENEFICIÁRIO terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, a contar da data do evento, acompanhado dos documentos relacionados no Anexo II deste Regulamento, sob pena de perda do direito.

§11º. É vedada a solicitação de reembolso de despesas contraídas pelo BENEFICIÁRIO junto a prestadores que se configurem como parentes até o terceiro grau consanguíneo e segundo grau por afinidade.

§12º. Não serão reembolsadas despesas constantes em documentos ilegíveis e/ou rasurados.

§13º. A solicitação de reembolso será analisada pela auditoria médica da FACHESF, e só ocorrerá o reembolso se os procedimentos realizados estiverem em conformidade com a indicação clínica e o rol de procedimentos da ANS.

§14º. Toda e qualquer solicitação de reembolso está sujeita à análise da auditoria médica.

## CAPÍTULO XI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### SEÇÃO I - DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PLANO FACHESF-SAÚDE PREMIUM

**Art. 37º.** A FACHESF fornecerá aos BENEFICIÁRIOS a Carteira de Identificação eletrônica, em conformidade com os padrões vigentes à época, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a utilização do plano FACHESF- SAÚDE PREMIUM, podendo a FACHESF adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

§1º. No caso de perda, furto ou extravio da carteira de identificação do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, o Titular, imediatamente, deverá comunicar o fato por escrito à FACHESF. Caso não haja a comunicação, responderá sob todos os aspectos pelo seu uso indevido, bem como assumirá os débitos correspondentes.

§2º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, será exigido, além da carteira de identificação do plano, um documento de identidade pessoal do BENEFICIÁRIO. A não apresentação deste documento inviabilizará o atendimento por parte do prestador de serviço.

## SEÇÃO II - DAS MODALIDADES DE UTILIZAÇÃO DO PLANO FACHESF-SAÚDE PREMIUM

**Art. 38º.** Na prestação de serviços, o BENEFICIÁRIO ou responsável deverá assinar a Guia de atendimento, sendo de responsabilidade do prestador a discriminação dos serviços prestados.

Parágrafo Único – O profissional liberal das áreas de saúde, assim como clínica, hospital especializado e instituição credenciada devem apresentar a documentação comprobatória completa para o pagamento do serviço prestado, conforme estabelecido pelas normas em vigor e acordos entre as partes.

**Art. 39º.** O atendimento aos BENEFICIÁRIOS será prestado por rede contratada ou conveniada pela operadora de saúde para esse fim.

§1º. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos BENEFICIÁRIOS, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

§2º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no site do FACHESF-SAÚDE. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no site do FACHESF-SAÚDE, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§3º. A FACHESF reserva-se o direito de alterar a rede de prestadores de serviços, obedecidos os trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme artigo 17 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998.

## SEÇÃO III - DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

**Art. 40º.** Cabe ao prestador credenciado solicitar à FACHESF a autorização prévia para a realização dos serviços elencados no Anexo III deste regulamento.

§1º. Necessitam de autorização prévia do auditor médico e/ou do perito odontológico os procedimentos indicados pela FACHESF junto à rede credenciada.

§2º. Quando o procedimento envolver utilização de OPME/DMI e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à Auditoria e/ou Perícia Médica da FACHESF laudo médico,

com a justificativa da indicação, e preferencialmente oferecer pelo menos 3 (três) opções de produtos de fabricantes diferentes, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, ficando a escolha sob a responsabilidade da FACHESF.

a) Quando não existirem as 3 (três) opções de produtos de fabricantes diferentes, conforme parágrafo 1º, deverá ser apresentada a respectiva justificativa.

§3º. Nos casos comprovados de atendimento de emergência/urgência, os BENEFICIÁRIOS serão regularmente atendidos e o prestador credenciado comunicará de imediato o atendimento realizado, para fins de registro na FACHESF e posterior cobrança, sob pena de não reconhecimento por parte da FACHESF e do BENEFICIÁRIO das despesas referentes ao atendimento.

§4º. Em se tratando de cirurgia e internação hospitalar emergencial também devem ser comunicadas à FACHESF, pelo prestador credenciado de imediato, para fins de registro e posterior cobrança, devendo ser apresentada solicitação médica, juntamente com demais documentos necessários para acompanhamento da auditoria in loco, sob pena de não reconhecimento por parte da FACHESF e do BENEFICIÁRIO das despesas referentes ao atendimento.

§5º. Serão efetuadas auditorias médica e odontológica prévias, concorrente e retrospectiva, conforme normas estabelecidas pela FACHESF.

§6º. Nos casos de procedimentos eletivos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao BENEFICIÁRIO resposta à solicitação dentro do prazo estabelecido na legislação vigente.

§7º. Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, formada pelo profissional solicitante do procedimento, por médico ou cirurgião-dentista da FACHESF e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da FACHESF.

§8º. A autorização prévia somente será efetivada pela FACHESF, mediante avaliação das informações constantes na solicitação do procedimento, relatório do médico assistente esclarecendo a indicação para o tratamento e outros documentos necessários para avaliação e deliberação da auditoria.

§9º. Para a análise adequada da autorização prévia, a FACHESF reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao BENEFICIÁRIO.

§10º. A FACHESF compromete-se a garantir ao BENEFICIÁRIO o atendimento da resposta ao pedido de autorização nos prazos previstos na Resolução Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, e suas alterações, ou na que vier a substituí-la, levando em consideração a data a partir da qual o médico solicitante realizou a entrega da documentação completa, a FACHESF, exigida para análise.

§11º. Na autorização prévia para internação, será estipulada a quantidade de diárias necessárias, de acordo com o tipo de procedimento ao qual o BENEFICIÁRIO será submetido. Quando necessária à permanência hospitalar por um período superior ao concedido, deverá ser solicitada à FACHESF a prorrogação da autorização.

## SEÇÃO IV - DO ATENDIMENTO

### SUBSEÇÃO I - DA CONSULTA E DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

**Art. 41º.** Para o tratamento odontológico eletivo, é exigida a GTO (Guia de Tratamento Odontológico), preenchida e assinada pelo profissional e BENEFICIÁRIO, devendo ter autorização prévia, bem como auditoria inicial e final pela FACHESF, conforme as normas constantes no referencial de procedimentos odontológicos. Qualquer alteração no decorrer do tratamento deverá ser previamente autorizada pela FACHESF.

§1º. Quando o BENEFICIÁRIO residir ou estiver temporariamente em local que a FACHESF não tenha rede credenciada direta ou indireta, a solicitação do Tratamento Odontológico deve ser encaminhada à FACHESF, acompanhada da respectiva justificativa, para autorização prévia/perícia, para fins de posterior reembolso.

§2º. Em caso de tratamento de emergência, o procedimento será realizado sem necessidade de posterior aprovação, desde que se refiram aos procedimentos listados no Capítulo IX, artigo 32, inciso III.

§3º. As auditorias e/ou perícia inicial e final serão realizadas pela FACHESF conforme referencial de procedimentos odontológicos.

§4º. A FACHESF pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados.

### SUBSEÇÃO II - DA PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

**Art. 42º.** Nos casos de tratamentos psicoterápicos e de fonoaudiologia deverão ser descritos os tipos de tratamento e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou diagnóstico para autorização prévia pela perícia/auditoria da FACHESF, sendo a cobertura limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar nova solicitação acompanhada de laudo especializado contendo CID e/ou o diagnóstico para nova autorização.

### SUBSEÇÃO III - DA ACUPUNTURA E FISIOTERAPIA

**Art. 43º.** Para realização dos tratamentos de acupuntura e fisioterapia, é necessária a solicitação médica e, para procedimentos constantes no Anexo III deste regulamento, deverá ser enviada a documentação para a análise da FACHESF.

§1º. Os insumos necessários à realização de acupuntura (ex.: agulhas) estão contemplados na negociação realizada junto ao prestador de serviços credenciado e não serão remunerados ou reembolsados à parte.

§2º. Para fisioterapia buco-maxilo-facial, é necessária a solicitação pelo cirurgião-dentista, laudo do fisioterapeuta e autorização da auditoria e/ou perícia odontológica.

### SUBSEÇÃO IV - DA TERAPIA OCUPACIONAL

**Art. 44º.** Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamento e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou o diagnóstico para autorização prévia pela auditoria da FACHESF.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 6 (seis) meses a contar da data de emissão. Após esse período, em caso de continuidade do tratamento, é necessário encaminhar novo formulário acompanhado de laudo especializado contendo CID e/ou diagnóstico, para nova autorização.

## SEÇÃO V - DAS COPARTICIPAÇÕES

**Art. 45º.** Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo BENEFICIÁRIO titular à FACHESF, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

Parágrafo Único – Além da contribuição mensal devida pelo BENEFICIÁRIO titular, será cobrada a coparticipação na utilização pelos BENEFICIÁRIOS inscritos.

## CAPÍTULO XII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

**Art. 46º.** O plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, subitem 11.1.1) e alterações posteriores.

**Art. 47º.** A contribuição mensal do BENEFICIÁRIO será determinada em função da sua categoria e faixa etária, conforme a Tabela de Categorias de BENEFICIÁRIOS do FACHESF-SAÚDE PREMIUM, devidamente aprovada pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, e constante no Capítulo XIV deste Regulamento.

§1º. As tabelas com valores mensais de contribuição por categoria, faixa etária e percentuais de reajuste por mudança de faixa etária serão amplamente divulgadas após aprovação pelo Conselho Deliberativo.

§2º. A primeira contribuição do BENEFICIÁRIO será cobrada a partir do mês subsequente ao da solicitação de adesão.

§3º. A Tabela de Categorias de BENEFICIÁRIOS do FACHESF-SAÚDE PREMIUM poderá ter atualização mensal dos valores de contribuição para as novas adesões e/ou inclusões, não implicando correção automática das mensalidades dos BENEFICIÁRIOS já participantes do FACHESF-SAÚDE, que serão reajustadas segundo legislação vigente e demais itens deste Regulamento.

**Art. 48º.** As contribuições mensais relativas aos BENEFICIÁRIOS titulares e seus dependentes serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento.

§1º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento, a cobrança será efetuada através de boleto bancário, que deverá ser pago até sua respectiva data de vencimento.

§2º. A contribuição mensal terá como data de vencimento o último dia do mês de referência quando o desconto for efetuado em folha, ou o dia 15 do mês subsequente ao mês de referência quando a cobrança for realizada por meio de boleto bancário.

§3º. Havendo pagamento em atraso, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

§4º. Nos casos em que o BENEFICIÁRIO titular não tenha recebido a cobrança bancária até a data anterior à de vencimento, conforme §2º, deverá procurar orientação da FACHESF para pagamento na data estabelecida.

## CAPÍTULO XIII - DO REAJUSTE

**Art. 49º.** O reajuste anual da contribuição mensal e da coparticipação será feito segundo legislação vigente, com base na utilização e evolução dos custos dos serviços médicos e/ou hospitalares, com base em avaliação atuarial do PLANO FACHESF-SAÚDE PREMIUM, sendo o percentual de reajuste aprovado pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, e comunicado à ANS, conforme estabelece regulamentação em vigor.

§1º. A avaliação será com base nas premissas atuariais.

§2º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa poderá ser aplicada sobre o presente regulamento.

§3º. Independente da data de adesão do BENEFICIÁRIO, os valores de suas contribuições terão reajuste, anualmente, em março, conforme aniversário de vigência deste regulamento, entendendo este como data base única.

§4º. Poderão ser reajustados, adicionalmente, os percentuais de coparticipação previstos nesse instrumento, mediante avaliação técnica que seja submetida ao mesmo rito do reajuste das mensalidades.

§5º. Qualquer reajuste aplicado ao plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

§6º. Caberá ao Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE autorizar os acréscimos nas contribuições mensais e das coparticipações, em conformidade com o cálculo atuarial.



## CAPÍTULO XIV - DAS FAIXAS ETÁRIAS

**Art. 50º.** A mensalidade do BENEFICIÁRIO é definida em função da faixa etária dos BENEFICIÁRIOS inscritos e respectiva categoria, de acordo com o disposto na legislação específica em vigor.

§1º. Ao ultrapassar a idade limite da faixa etária e/ou mudar da categoria na qual se encontra o BENEFICIÁRIO Titular, Dependente Direto ou Agregado, terá a sua contribuição alterada automaticamente de acordo com as faixas etárias/categorias definidas para o FACHESF-SAÚDE PREMIUM, no mês subsequente ao da alteração, enquadrando-se ao valor da contribuição referente à sua nova faixa etária/categoria, mantidas as coberturas e carências contratadas.

§2º. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária/categoria não se confundem com o reajuste financeiro anual.

§3º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

- O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- A variação acumulada, entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas, não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos;
- Faixas etárias e Percentuais de Reajustes:

Faixas Etárias	Variação entre faixas
00 a 18 anos	[ - ] %
19 a 23 anos	20,00%
24 a 28 anos	20,80%
29 a 33 anos	20,70%
34 a 38 anos	22,90%
39 a 43 anos	20,90%
44 a 48 anos	23,10%
49 a 53 anos	20,30%
54 a 58 anos	22,10%
59 ou mais	27,20%

§4º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/03, não será aplicado reajuste por faixa etária ao BENEFICIÁRIO com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste regulamento.

## CAPÍTULO XV - DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**Art. 51º.** Caberá à FACHESF a exclusão do BENEFICIÁRIO, nas seguintes situações, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da FACHESF:

- I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;
- II. A não quitação de 01 (uma) contribuição mensal, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato implicará na exclusão do BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes diretos e agregados do plano, desde que o titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, conforme previsto na Lei 9.656, artigo 13.

**Art. 52º.** Considera-se perda da qualidade de BENEFICIÁRIO titular:

- I. Falecimento;
- II. Voluntariamente, por opção do titular.

Parágrafo Único – No caso de falecimento do titular, os respectivos dependentes existentes poderão permanecer no plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras.

**Art. 53º.** A exclusão do BENEFICIÁRIO titular implicará a automática exclusão de todos os dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

**Art. 54º.** A exclusão por qualquer motivo, não exime o titular da quitação de todos os compromissos financeiros para com o Plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, cuja cobrança dos débitos de mensalidades, serviços utilizados e de despesas ainda não apropriadas deverá ser feita de forma amigável ou judicialmente.

## CAPÍTULO XVI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

### SEÇÃO I - DAS OBRIGAÇÕES

**Art. 55º.** São obrigações da FACHESF:

- I. Orientação e interpretação das disposições do plano;
- II. Gestão do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM.

**Art. 56º.** São obrigações do BENEFICIÁRIO titular:

- I. Comunicação imediata à FACHESF da perda da carteira de identificação para uso do plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;
- II. Zelo na utilização do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação, e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;
- III. Confirmar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais, no ato do recebimento da nova carteira de identificação de BENEFICIÁRIOS do plano FACHESF-SAÚDE PREMIUM;
- IV. Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e ou perícia médica;
- V. Encaminhamento completo de recibos, notas fiscais, laudos especializados e pedidos médicos, sem emendas ou rasuras que possam comprometer a veracidade do documento para efeito de ressarcimento ou reembolso;
- VI. Encaminhamento de tradução juramentada em português de qualquer documentação médica emitida em outro idioma, para efeito de ressarcimento ou reembolso, ressalvado, porém, que o plano tem somente cobertura dentro do território nacional;
- VII. Atendimento às solicitações da FACHESF, quando esta julgar necessário, de avaliações, exames complementares de diagnóstico, detalhamento de receitas e a complementação da documentação especificada, de novos laudos, auditorias e ou perícias inicial e final, e outros documentos pertinentes que forem solicitados;
- VIII. Declarar e atualizar os dados de seus BENEFICIÁRIOS;
- IX. Arcar com o pagamento das mensalidades e coparticipações que lhe forem cabíveis.

## SEÇÃO II - DAS PENALIDADES

**Art. 57º.** O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeita o BENEFICIÁRIO titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo de eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo Único – São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos BENEFICIÁRIOS e dependentes:

- I. Criar embaraços aos exames, perícias e auditorias previstos em regulamento;
- II. Omitir informações solicitadas ou previstas em regulamento;

- III. Ser conivente com documentação para reembolso que não corresponda à realidade, quer seja pelo valor ou pelo procedimento realizado;
- IV. Apresentar documentação inverídica, inclusive falso testemunho para terceiros, para inscrição ou manutenção de dependentes ou dependentes especiais;
- V. Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
- VI. Falsificar ou adulterar documentos;
- VII. Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação.

**Art. 58º.** A FACHESF poderá aplicar as penalidades descritas a seguir ao BENEFICIÁRIO titular, conforme a gravidade da falta cometida, sempre assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa:

- I. Advertência escrita;
- II. Suspensão;
- III. Exclusão.

Parágrafo Único – O BENEFICIÁRIO que sofrer a aplicação da penalidade terá o prazo de 10 (dez) dias para apresentar a defesa, após o recebimento da notificação escrita, e, se necessário, recorrer à instância competente.

**Art. 59º.** Na hipótese de inadimplência do BENEFICIÁRIO em relação aos valores devidos ao plano, também será devida a exclusão do titular e de seus dependentes do plano, conforme previsto no Artigo 51, inciso II deste Regulamento.

Parágrafo Único – Caberá à FACHESF informar ao BENEFICIÁRIO titular a situação de pagamentos em aberto, e notificá-lo até o quinquagésimo dia de inadimplência, sendo possível sua inclusão em cadastros restritivos de crédito após a primeira notificação.

### SEÇÃO III – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

**Art. 60º.** Este regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

**Art. 61º.** Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

**Art. 62º.** Nenhuma responsabilidade caberá a FACHESF por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem danos à saúde do BENEFICIÁRIO titular e de seus dependentes,

provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do BENEFICIÁRIO.

**Art. 63º.** O BENEFICIÁRIO titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

**Art. 64º.** A FACHESF não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

**Art. 65º.** Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da FACHESF fornecerão informações complementares a este regulamento.

**Art. 66º.** Quaisquer casos omissos e/ou circunstâncias não previstas neste Regulamento somente poderão ser deliberados pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE.

**Art. 67º.** O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua publicação, podendo ser revisado a qualquer tempo, objetivando as adequações necessárias para o funcionamento do plano de saúde.

## CAPÍTULO XVII – ELEIÇÃO DE FORO

**Art. 68º.** Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da comarca da cidade do Recife.

