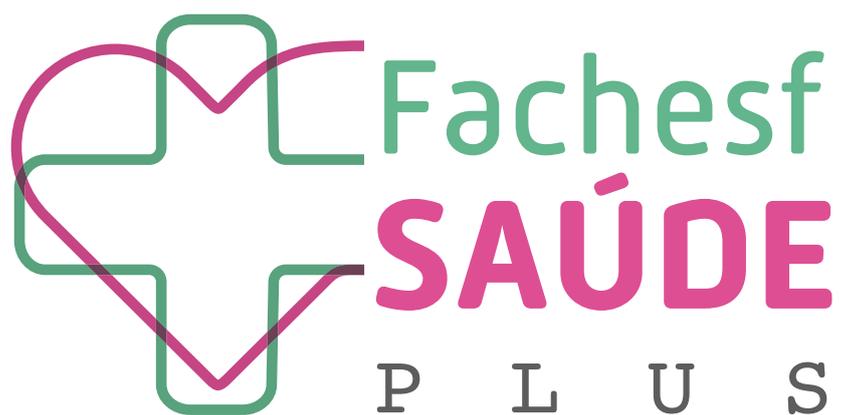


# REGULAMENTO





# FACHESF-SAÚDE PLUS

## 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, 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.** COMPANHIA HIDRO ELÉTRICA DO SÃO FRANCISCO - CHESF, inscrita no CNPJ sob o nº 33.541.368/0001-16 e situada na Rua Delmiro Gouveia, nº 333, San Martin, Recife/PE, é a PATROCINADORA do plano de saúde de que trata este regulamento.

§1º. A formalização da condição de PATROCINADORA será efetivada por meio de convênio de adesão, nos termos da legislação aplicável.

§2º. Considera-se PATROCINADORA a instituição pública ou privada a 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.** O plano de saúde tratado neste instrumento é denominado FACHESF-SAÚDE PLUS, está registrado na ANS sob o nº 493.361/22-3 e possui as seguintes características gerais:

- I. Tipo de contratação: Coletivo empresarial.
- 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: Pós-estabelecido na forma de custeio operacional.
- VIII. Cobertura assistencial: Limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Parágrafo Único – Além das coberturas previstas no Capítulo V - DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o plano FACHESF-SAÚDE PLUS assegura, conforme a Resolução

Normativa ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, e suas atualizações, serviços e coberturas, referentes aos atendimentos de urgência e emergência ocorridos fora da área geográfica de abrangência e atuação do produto.

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

**Art. 4º.** O plano FACHESF-SAÚDE PLUS, doravante denominado "PLANO", é um Plano de assistência à saúde, destinado aos empregados da PATROCINADORA, doravante denominados "BENEFICIÁRIOS", extensivo aos seus dependentes, 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 (Lei nº 9.656/1998) e as regras retratadas neste instrumento.

**Art.5º.** 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. 6º.** 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.** Acomodação individual: internação em unidade hospitalar com banheiro privativo e destinada a um paciente individualmente.
- III.** Adjuvantes: medicamentos utilizados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, cuja finalidade é intensificar o seu desempenho ou atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- IV.** 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.
- V.** 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.
- VI.** 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.
- VII.** 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.
- VIII.** Atendimento ambulatorial: serviços realizados em ambulatório, os quais não exigem internação hospitalar.
- IX.** 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.
- X.** Beneficiário: pessoa física (titular ou dependente) a qual é reconhecida segundo critérios estabelecidos neste regulamento.
- XI.** Carência: prazo ininterrupto durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas.
- XII.** 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.
- 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 monitorar a incidência e prevalência de doenças, mediante uma padronização universal das doenças.

- XIV.** Complemento remuneratório: valor praticado para a remuneração complementar dos empregados cedidos à PATROCINADORA.
- XV.** Complicações no processo gestacional: alterações patológicas durante a gestação, a exemplo de gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
- XVI.** 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.
- XVII.** Convênio de Reciprocidade: Contrato 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.
- XVIII.** Coparticipação: parte efetivamente paga pelo beneficiário titular a 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.
- XIX.** Custo médico-hospitalar: expressa a variação do custo das operadoras de plano de saúde comparando dois períodos consecutivos de 12 (doze) meses, captando oscilações tanto da frequência de utilização como do preço médio dos serviços de assistência à saúde.
- XX.** Dependente portador de necessidade especial: beneficiário que tem sua deficiência declarada por médico assistente e reconhecida pela empresa.
- XXI.** Dependente legal: dependente informado pelo empregado, declarado no imposto de renda e/ou reconhecido por meio de sentença judicial ou instrumento declaratório público, sendo esta condição validada e reconhecida pela empresa.
- XXII.** Documento comprobatório do serviço prestado: documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do plano e emitida pelo profissional ou pela instituição prestadora do serviço ou fornecedores de Órtese Prótese Materiais Especiais/ Dipsositivos Médicos Implantáveis (OPME/DMI) e medicamentos.
- XXIII.** 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.
- XXIV.** Empresa: para efeitos deste regulamento, a COMPANHIA HIDRO ELÉTRICA DO SÃO FRANCISCO – CHESF.
- XXV.** Evento: conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica, hospitalar e/ou odontológica realizado pelo beneficiário do plano.

- XXVI.** Exames complementares de diagnóstico: exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: de imagens, análises clínicas e/ou anatomia patológica e outros exames especiais solicitados pelo médico.
- XXVII.** Hospital-Dia: atendimento hospitalar o qual não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional.
- XXVIII.** Internação hospitalar eletiva: internação programada, ou seja, não emergencial.
- XXIX.** Internação hospitalar emergencial: internação de caráter emergencial, ou seja, não programada.
- XXX.** Mensalidade: valor pago pelo beneficiário titular, com o objetivo de contribuir com o custeio do plano de saúde, por si e por seus dependentes
- XXXI.** Modalidade convênio: escolha do prestador de serviços de saúde entre os quais constam na lista de credenciados da operadora de saúde.
- XXXII.** Modalidade livre escolha: escolha do profissional liberal da área de saúde clínica, hospitalar e laboratorial não conveniado com a operadora de saúde.
- XXXIII.** Plano [FACHESF-SAÚDE PLUS]: benefício concedido pela PATROCINADORA, o qual visa a garantir a cobertura de serviços assistenciais (atendimentos ambulatoriais, hospitalares, obstétricos e odontológicos, conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS) sob as modalidades de convênio ou livre escolha aos beneficiários.
- XXXIV.** Portador de doença grave: portadora de doença grave classificada pela OMS.
- XXXV.** Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: listagem obrigatória de procedimentos que um plano de saúde deve oferecer.
- XXXVI.** Remuneração de referência: rendimento do empregado para classificação nas faixas de mensalidade, de acordo com o Normativo Interno da PATROCINADORA.
- XXXVII.** Tratamento seriado: aquele realizado em sessões sucessivas, tais como: acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, quimioterapia, radioterapia, psicologia e terapia renal substitutiva, entre outros tratamentos seriados.
- XXXVIII.** Titulares: pessoas naturais que possuem e mantenham vínculo com a PATROCINADORA, conforme estão discriminados no Capítulo IV deste regulamento.

## CAPÍTULO IV - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**Art. 7º.** Serão considerados beneficiários titulares, para fins de utilização dos benefícios oferecidos pelo PLANO, as pessoas naturais que possuam e mantenham os vínculos abaixo relacionados com a PATROCINADORA, desde que sejam Participantes dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf:

- I. Dirigentes (Presidente e Diretor) – restrito à vigência dos seus mandatos;
- II. Empregados com vínculo ativo com a PATROCINADORA
- III. Empregados cedidos à PATROCINADORA – restrito à vigência da sua cessão à empresa; e
- IV. Empregados cedidos pela PATROCINADORA – com opção pelo plano FACHESF-SAÚDE PLUS.

§1º. Serão mantidos no plano FACHESF-SAÚDE PLUS os afastados, nos termos e nas condições definidos em Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) vigente na PATROCINADORA.

§2º. Serão migrados do Plano FACHESF-SAÚDE INFINITY todos os BENEFICIÁRIOS relacionados no caput deste artigo, bem como seus dependentes diretos.

I. Aqueles que não optaram pelo FACHESF-SAÚDE INFINITY quando no início de sua operação, podem fazer adesão ao plano FACHESF-SAÚDE PLUS, sem cumprimento de carência, desde que realizada até 30 (trinta) dias da data de início da operação do Plano FACHESF-SAÚDE PLUS.

**Art. 8º.** Serão considerados beneficiários dependentes, para efeito do plano FACHESF-SAÚDE INFINITY PLUS, desde que respeitadas as avaliações socioeconômicas, quando necessárias, e as normas internas da PATROCINADORA:

- I. Cônjuge ou companheiro de união estável – inclusive os do mesmo sexo;
- II. Filho natural, adotivo ou enteados solteiros menores de 21 (vinte e um) anos de idade;
- III. Filho natural, adotivo ou enteados solteiros a partir de 21 (vinte e um) anos de idade e menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade – desde que cursando o 3º grau ou equivalente;
- IV. Filho natural, adotivo ou enteados solteiros maiores de 21 (vinte e um) anos incapacitados permanentemente para o trabalho;
- V. Os menores sob tutela; e,
- VI. Curatelados;

**Art. 9º.** Para efeito do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, 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. Para fazer jus aos benefícios ofertados por intermédio deste plano, os dependentes de empregados deverão obrigatoriamente estar inscritos também no cadastro da PATROCINADORA.

§3º. Para efeito de cadastramento no plano FACHESF-SAÚDE PLUS, será obrigatória a apresentação de documentos os quais comprovem a veracidade da dependência com o titular.

§4º. Quando se tratar de casal empregado da PATROCINADORA, somente um dos cônjuges terá direito ao cadastramento de dependentes, comprovando devidamente a dependência.

§5º. Para a manutenção do cadastro de dependente do titular, a documentação dos dependentes não relacionados no artigo 8º acima deverá ser analisada anualmente pela PATROCINADORA.

§6º. Em todos os casos descritos nas alíneas de I a VI do artigo 8º, a verificação das condições de elegibilidade e manutenção dos dependentes ficará a cargo da PATROCINADORA.

§7º. Não será admitida a adesão de outros dependentes, além das hipóteses listadas no presente regulamento.

**Art. 10.** Para o cadastro no plano FACHESF-SAÚDE PLUS, será necessária a apresentação junto à PATROCINADORA, em cópia simples, da documentação constante do Anexo I deste instrumento.

§1º. Para a inclusão de filhos ou enteados solteiros maiores de 21 (vinte um) anos, incapacitados permanentemente, deverá ser apresentado o laudo médico emitido pelo médico assistente, o qual será submetido à análise da auditoria médica, psicológica e social da PATROCINADORA.

§2º. Os filhos, enteados e tutelados, quando universitários, ao completarem 21 (vinte e um) anos, poderão permanecer no plano FACHESF-SAÚDE PLUS ao término do semestre letivo. Caso comprovem vínculo universitário, a PATROCINADORA manterá a participação na mensalidade. Em não havendo a comprovação, o titular assumirá integralmente o valor da mensalidade vigente à época.

§3º. A FACHESF terá o direito de, a qualquer tempo, exigir tanto da PATROCINADORA como do beneficiário, a comprovação de veracidade das informações e declarações prestadas, no que compete a cada uma das partes.

**Art. 11.** 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 pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; e,
- II. Do filho adotivo, menor de 21 (vinte e um) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, desde que ocorra dentro do prazo de 30 (trinta) dias 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. 12.** A FACHESF cobrirá os custos, em conformidade com os limites e as condições estabelecidas neste regulamento, aos beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, 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, que estejam previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao plano FACHESF-SAÚDE PLUS.

### SEÇÃO I – DA COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR

**Art. 13.** A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei nº 9.656/1998 e regulamentação infralegal específica 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, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigente à época do evento, quando for o caso;

**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, de acordo com o número de sessões e regras estabelecidas contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento;

**VI.** Consultas e sessões de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e psicoterapia, conforme solicitadas pelo médico assistente e em conformidade com os mecanismos de regulação estabelecidos no CAPÍTULO XI, Seção IV, Subseção III e IV;

**VII.** Consultas com enfermeiro obstetra/obstetriz, em conformidade com os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS, vigentes à época do evento, conforme solicitação do médico assistente;

**VIII.** 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;

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

**X.** Quimioterapia oncológica ambulatorial, baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) 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;

**XI.** Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, para a segmentação ambulatorial;

**XII.** 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 e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, para a segmentação ambulatorial;

**XIII.** Hemoterapia ambulatorial;

**XIV.** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, para a segmentação ambulatorial; e

**XV.** 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, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

Parágrafo Único – Não são consideradas especialidades médicas aquelas que o Conselho Federal de Medicina–CFM estabelece apenas como áreas de atuação.

**Art. 14.** 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, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, para a segmentação hospitalar.

**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.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou pessoa com deficiência, 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 listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;

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 necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

b) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA

t, que atendam às características especificadas, conforme determina a Resolução nº 1.956 do CFM, ficando a escolha a cargo da FACHESF; e,

c) Em caso de divergência técnico assistencial entre o profissional requisitante e a FACHESF, a decisão caberá a um profissional desempassador, conforme determina a norma da ANS vigente à época 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 caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, 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; e,

b) Os honorários e materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais utilizados em situações de imperativo clínico, realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

**XI.** Procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Procedimentos radioterápicos;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;
- g) Radiologia intervencionista;
- h) Consulta pré-anestésica e/ou exames pré-cirúrgicos;
- i) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente; e,
- j) Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor 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 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

**XIV.** Procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, de conformidade com o estabelecido na legislação específica vigente, devendo dessa forma considerar que:

- a) O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, 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.** 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 em todo o período pós-operatório, 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 receptor.

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

**XVII.** 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,

**XVIII.** 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. 15.** 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 da data de adesão do beneficiário.

**Art. 16.** 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.** 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, observado o disposto na regulamentação;
- V.** Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, previstas 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, ainda que tenham sido colocadas anteriormente ao início de vigência do beneficiário no plano, conforme indicação do profissional assistente.

## **SEÇÃO II – DAS COBERTURAS ODONTOLÓGICAS**

**Art. 17.** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente

com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, 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. 18.** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/98, as Resoluções do CONSU e demais normas infralegais, 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 PLUS, os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente 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, 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 óvulos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, 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 e hipossensibilizantes;
- XV.** Serviços 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.** Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e/ou pessoas com deficiência, nos termos definidos neste regulamento;
- XXI.** Despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste regulamento;
- XXII.** 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;
- XXIII.** Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXIV.** Cirurgia para mudança de sexo;
- XXV.** Avaliação pedagógica;
- XXVI.** Orientações vocacionais;
- XXVII.** Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXVIII.** Qualquer outro tipo de atendimento e/ou assistência domiciliar – listado ou não na presente cláusula de exclusões de cobertura –, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXIX.** Remoção domiciliar;
- XXX.** Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXI.** Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXII.** Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular)
- XXXIII.** Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXIV.** Tratamento prescrito por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXV.** Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXVI.** Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XXXVII.** Transplantes ósseos;
- XXXVIII.** Enxertos ósseos e biomateriais;
- XXXIX.** Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XL.** Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;

- XLII.** Serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- XLIII.** Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XLIV.** Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, para a segmentação odontológica;
- XLV.** Cirurgias Odontológicas a laser;
- XLVI.** Clareamento dentário; e,
- XLVII.** Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

## CAPÍTULO VII - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

**Art. 19.** 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, especialmente o inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656/1998, e nas normas regulamentares da ANS:

- I.** 24 [vinte e quatro] horas para os casos de urgência e/ou emergência;
- II.** 30 [trinta] dias consultas;
- III.** 60 [sessenta] dias para exames básicos de apoio diagnóstico: raios-X, ultrassonografia e exames clínicos laboratoriais;
- IV.** 90 [noventa] dias para exames especiais de apoio diagnóstico: tomografia computadorizada, ressonância magnética e pet scan;
- V.** 180 [cento e oitenta] dias para os procedimentos odontológicos;
- VI.** 180 [cento e oitenta] dias para os procedimentos especiais previstos no Capítulo V, artigo 14, inciso XI, atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas;
- VII.** 300 [trezentos] dias para os casos de parto a termo.

Parágrafo Único - O prazo de carência será contado a partir do processamento da adesão do beneficiário ao plano FACHESF-SAÚDE PLUS.

**Art. 20.** Será isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I.** O beneficiário titular, bem como os dependentes dele, se a adesão ao plano FACHESF-SAÚDE PLUS ocorrer em até 30 [trinta] dias da data da assinatura do convênio de adesão ou da vinculação do titular à PATROCINADORA; e,

II. O beneficiário dependente se a inscrição ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o plano FACHESF-SAÚDE PLUS.

Parágrafo Único - Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

## CAPÍTULO VIII - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

**Art. 21.** Não será aplicada cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, aos beneficiários regularmente inscritos no FACHESF-SAÚDE PLUS, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do ingresso do beneficiário ou da beneficiária na PATROCINADORA ou da disponibilidade do plano a eles.

**Art. 22.** Caso a FACHESF venha permitir o ingresso de beneficiários fora do prazo contemplado no artigo anterior, os novos inscritos poderão sujeitar-se ao preenchimento do formulário de declaração de saúde, no qual manifestarão o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeitos à suspensão ou à exclusão do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, 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 assistencial 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, em que serão declaradas as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão

ao plano FACHESF-SAÚDE PLUS, 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. 23.** 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. 24.** 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. 25.** 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. 26.** Os procedimentos de alta complexidade estarão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor>

**Art. 27.** Exercendo prerrogativa legal, a FACHESF não optará pelo fornecimento do agravo.

**Art. 28.** 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.

**Art. 29.** O presente capítulo não vigorará caso o beneficiário solicite sua inscrição no prazo máximo de:

- I. 30 (trinta) dias a contar da data de assinatura do convênio de adesão ou a contar da vinculação do titular à PATROCINADORA;
- II. 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível para o plano FACHESF-SAÚDE PLUS – nos casos de dependentes.

Parágrafo Único – Entender-se-ão por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge e a data do nascimento ou a data da adoção para a inscrição de filho ou equivalente.

## CAPÍTULO IX - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### SEÇÃO I - DO ATENDIMENTO

**Art. 30.** 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) Consulta odontológica de urgência;
  - b) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
  - c) Tratamento de odontalgia aguda;
  - d) Imobilização dentária temporária;
  - e) Recimentação de peça e ou trabalho protético;
  - f) Tratamento de alveolite;
  - g) Colagem de fragmentos dentários;
  - h) Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial; e
  - i) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

**Art. 31.** Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- 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 PLUS.
- 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;
- Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados as primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação, se em tempo menor que as 12 (doze) primeiras horas;
- 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;

- 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; e,
- 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 Pré-existentes, haverá atendimento limitado às primeiras 12h (doze horas), ou até que ocorra a necessidade de internação.

**Art. 32.** Haverá cobertura para os atendimentos de urgência ou emergência após o início de vigência da adesão do beneficiário ao plano FACHESF SAÚDE PLUS.

## SEÇÃO II - DA REMOÇÃO

**Art. 33.** Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor:

Parágrafo Único - 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.

## CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO

**Art. 34.** Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de:

- I. Atendimentos de urgência e ou emergência, dentro do território nacional;
- II. Atendimentos eletivos ocorridos dentro da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO.

§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 PLUS, 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.fachesf.com.br](http://www.fachesf.com.br)

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

- I. Nos casos de urgência/emergência, inexistir ou estiver indisponível 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, por indisponibilidade de agenda na rede contratada ou outro motivo que fuja ao controle da FACHESF, 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 analisado e respondido ao beneficiário.

§5º. Os reembolsos aprovados serão pagos na 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. A cobrança de coparticipação seguirá as regras dispostas no artigo 44 deste regulamento e incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados, sendo abatida do valor a ser reembolsado.

§7º. O reembolso dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos, tratamentos seriados, exames complementares de diagnóstico, aparelhos e medicamentos devem ser requeridos à FACHESF, com toda a documentação comprobatória do serviço prestado.

§8º. Quando o serviço for prestado por pessoa física, é obrigatório recibo contendo:

- I. Nome completo do beneficiário;
- II. Nome, CPF, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional executante:
  - a) Os recibos apresentados em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do

nome, conselho de classe e CPF do profissional, ficam dispensados da aposição de carimbo.

**III.** Especialidade, se profissional médico;

**IV.** Descrição detalhada do serviço prestado com quantidade, data de realização e valor unitário e total; e

**V.** Data de quitação do serviço.

§9º. Quando o serviço for prestado por pessoa jurídica, é obrigatória nota fiscal contendo:

**I.** Nome completo do beneficiário;

**II.** Razão Social, CNPJ, Inscrição Estadual e endereço do estabelecimento;

**III.** Descrição detalhada do serviço prestado ou produto adquirido com quantidade, data de realização e valor unitário e total;

**IV.** Especialidade, se profissional médico; e

**V.** Data de quitação do serviço.

§10º. A requisição de exame complementar deve conter:

**I.** Nome completo do beneficiário;

**II.** Descrição do exame, codificação e indicação clínica;

**III.** Nome, número do Conselho Regional de Classe, carimbo e assinatura do profissional solicitante;

a) A requisição de exame apresentada em papel timbrado, em que estejam legíveis as informações do nome e número do Conselho Regional de Classe do profissional, fica dispensada da aposição de carimbo.

**IV.** Data.

§11º. Os exames complementares devem ser realizados em estabelecimentos que sejam constituídos por pessoa jurídica, excetuando-se os exames de Eletrocardiograma e Endoscopia Digestiva Alta que podem ser realizados em estabelecimentos conduzidos por pessoa física.

§12º. Faz-se necessária a apresentação dos documentos listados no Anexo II deste instrumento ao se pedir o reembolso.

§13º. Em caso de negativa da solicitação, o beneficiário poderá reapresentar o pedido no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento da resposta da FACHESF, desde que anexe justificativas e/ou documentação complementar que justifique a reapresentação.

§14º. Na reapresentação, as justificativas e ou documentos faltantes na análise anterior deverão ser encaminhados, quando serão gerados um novo protocolo e um novo prazo.

§15. Os recibos, notas fiscais, cupons fiscais, laudos especializados, receitas e/ou outros documentos inerentes aos processos de reembolso devem ser apresentados em vias íntegras, legíveis e idênticas aos documentos originais.

**I.** Qualquer documentação médica e/ou recibo de pagamento emitidos em idioma que não seja o português deve ser acompanhada de tradução juramentada e as expensas, para a referida tradução, correrão por conta do beneficiário interessado;

**II.** Os documentos originais devem ser guardados pelo titular do plano por até 12 (doze) meses contados da data do efetivo reembolso em sua conta corrente;

**III.** À FACHESF cabe o direito de, dentro dos 12 (doze) meses previstos na alínea II do presente parágrafo, solicitar a apresentação do documento original para o fim que julgar apropriado;

**IV.** O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de apresentar o documento original solicitado, em prazo igual ou inferior a 30 (trinta) dias corridos, contados da data de solicitação, ensejará a possibilidade de cobrança integral pela Patrocinadora do valor reembolsado, correspondente ao documento não apresentado.

§16º. Nos casos de reembolso de procedimentos realizados em regime de urgência/emergência, o beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano a contar da data do evento, para solicitar o reembolso acompanhado dos documentos relacionados neste Capítulo, sob pena de perda do direito.

§17º. É vedada a solicitação de reembolso de despesas contraídas pelo beneficiário junto a prestadores que se configurem como parentes até o terceiro grau consanguínio e segundo grau por afinidade.

§18º. Não serão reembolsadas despesas constantes em documentos ilegíveis e/ou rasurados.

§19º. 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 e Eventos em Saúde da ANS.

§20º. Nos procedimentos odontológicos, o beneficiário deverá observar, ainda, as exigências descritas na Subseção I - Da consulta e do tratamento odontológico, para que faça jus ao reembolso previsto neste Capítulo, inclusive quanto à necessidade de autorização prévia da FACHESF.

§21º. Nos procedimentos seriados, o beneficiário deverá observar, ainda, as exigências descritas respectivamente nas Subseções II – Da psicologia e fonoaudiologia; III – Da acupuntura e fisioterapia e IV – Da terapia ocupacional, para que faça jus ao reembolso previsto neste Capítulo, inclusive quanto à necessidade de autorização prévia da FACHESF.

## CAPÍTULO XI - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

**Art. 35.** A FACHESF fornecerá aos beneficiários a Carteira de Identificação, em conformidade com os padrões vigentes à época, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura os direitos e vantagens do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, podendo a FACHESF adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento.

§1º. A perda, furto ou roubo da carteira de identificação do plano FACHESF-SAÚDE PLUS deve ser imediatamente informada, por escrito, à FACHESF.

§2º. Quando da utilização dos serviços médicos e assistenciais do plano FACHESF-SAÚDE PLUS é exigido, além da carteira de identificação do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, um documento de identidade pessoal do beneficiário. A não apresentação da carteira de identificação implica a não obrigatoriedade de atendimento, por parte do prestador de serviço sem autorização por parte da FACHESF.

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

**Art. 36.** A FACHESF disponibiliza duas modalidades para a utilização do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, Credenciamento e Livre Escolha, ficando a escolha a critério do beneficiário.

Parágrafo Único – Em se tratando de livre escolha 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 PLUS, tendo como base o valor praticado na data de realização do evento.

**Art. 37.** Na prestação de serviços por credenciado, 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. 38.** O atendimento aos beneficiários será prestado por rede contratada ou conveniado 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 com deficiência, de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes, crianças de até 5 (cinco) anos de idade e obesos, que terão atendimento prioritário.

§2º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, observando-se a regulamentação vigente, e poderá ser consultada no portal da FACHESF na Internet. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da FACHESF na Internet, 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. 39.** Cabe ao prestador credenciado solicitar à FACHESF a autorização prévia para a realização dos serviços elencados no Anexo III deste regulamento.

§1º. 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 oferecer pelo menos 3 (três) marcas 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 operadora de saúde.

§2º. Necessitam de autorização prévia do auditor médico e/ou do perito odontológico os tratamentos indicados pela FACHESF junto à rede credenciada.

§3º. Quando não existirem as 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes conforme parágrafo 1º, deverá ser apresentada justificativa ou carta de exclusividade.

§4º. Nos casos comprovados de emergência/urgência, os beneficiários serão regularmente atendidos e o prestador credenciado solicitará de imediato a autorização de que trata este regulamento, para fins de registro na FACHESF e posterior cobrança, sob pena de não reconhecimento por parte da operadora de saúde e do beneficiário das despesas referentes ao atendimento.

§5º. - Cirurgia e internação hospitalar emergencial devem ser comunicadas à FACHESF, pelo prestador credenciado de imediato, para fins de registro e posterior cobrança, devendo ser apresentada prescrição médica, juntamente com demais documentos necessários para acompanhamento da auditoria in loco, sob pena de não reconhecimento por parte da operadora e do beneficiário das despesas referentes ao atendimento.

§6º. Serão efetuadas auditorias/perícias médica e odontológica prévia e final, conforme normas estabelecidas pela FACHESF.

§7º. 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.

§8º. Em caso de divergência médica ou odontológica na concessão da autorização prévia, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica ou odontológica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico ou cirurgião-dentista da FACHESF e por um terceiro, escolhido conforme determina a norma da ANS vigente à época da realização do evento.

§9º. 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 demais documentos necessários para avaliação e deliberação da auditoria.

§10º. 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.

§11º. 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 solicitante realizou a entrega da documentação completa exigida para análise.

§12º. 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 a 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. 40.** Para o tratamento odontológico, é exigida a GTO, preenchida e assinada pelo profissional e beneficiário, devendo ter autorização prévia, bem como auditoria/perícia 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, para fins de posterior reembolso.

§2º. Em caso de tratamento de emergência, o procedimento será realizado sem necessidade de autorização prévia/perícia inicial e final, desde que se refiram aos procedimentos listados no Capítulo IX, artigo 30, inciso III.

§3º. No caso de tratamento realizado por profissional não credenciado, deverá ser observado o disposto no Capítulo X.

§4º. Em se tratando de auditoria/perícia inicial e final deverão ser observadas as normas constantes no Manual de procedimentos odontológicos, bem como os limites estabelecidos nos valores referenciais que poderão ser reajustados anualmente a critério da FACHESF, divulgados nos canais de comunicação e/ou disponíveis no site da FACHESF.

§5º. As auditorias e/ou perícia inicial e final serão realizadas pela FACHESF conforme referencial de procedimentos odontológicos.

§6º. A FACHESF pode solicitar laudos, pareceres ou auditorias a qualquer momento para comprovação e acompanhamento dos tratamentos realizados.

## SUBSEÇÃO II - DA ACUPUNTURA

**Art. 41.** Tratamentos de Acupuntura serão limitados em até 10(dez) sessões por mês, em conformidade com os procedimentos constantes na cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

§ 1º A FACHESF reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações e documentos complementares.

§ 2º 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 ao beneficiário.

## SUBSEÇÃO III - DA FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA/PSICOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

**Art. 42.** Para realização dos tratamentos de fisioterapia e fonoaudiologia, é necessária a prescrição médica, constando o CID e/ou diagnóstico.

§ 1º. Nos casos de Psicologia e Psicoterapia, não é necessária a prescrição médica, exceto no caso de beneficiários portadores do transtorno do espectro autista – TEA, para fins de registro e acompanhamento do tratamento pelo Núcleo de Regulação da Fachesf.

§ 2º. A FACHESF reserva-se o direito de, sempre que julgar necessário, solicitar informações e documentos complementares.

#### **SUBSEÇÃO IV – DA TERAPIA OCUPACIONAL**

**Art. 43.** Tratamentos terapêuticos ocupacionais devem ser solicitados contendo a descrição dos tipos de tratamentos e sua duração, acompanhado de laudo especializado, contendo o CID e/ou o diagnóstico para autorização prévia pela auditoria médica na FACHESF.

Parágrafo Único – Os laudos terão validade de 3(três) meses a contar da data de emissão, exceto no caso de beneficiários portadores do transtorno do espectro autista – TEA, para os quais não há validade do laudo. 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. 44.** 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.

§1º. Além da contribuição mensal devida pelo beneficiário titular, será cobrada coparticipação na utilização pelos beneficiários inscritos dos procedimentos relacionados no Anexo IV deste instrumento.

§2º. A FACHESF informará à PATROCINADORA o valor total da coparticipação de cada beneficiário, após a realização dos procedimentos, nos termos previstos no presente regulamento.

§3º. A PATROCINADORA será reponsável pelo pagamento integral à FACHESF dos valores referentes às coparticipações oriundas das utilizações de serviços por parte dos beneficiários inscritos no plano.

§4º. A PATROCINADORA ficará responsável por cobrar o valor da coparticipação do seu empregado de acordo com os critérios estabelecidos por ela.

## CAPÍTULO XII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

**Art. 45.** O plano FACHESF-SAÚDE PLUS será custeado em regime de preço pós-estabelecido, na forma de custeio operacional, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, subitem 11.1.2) e alterações posteriores.

**Art. 46.** A PATROCINADORA arcará com o valor da contraprestação pecuniária, estabelecido após a realização das despesas com as coberturas asseguradas, mediante o repasse à FACHESF do valor total mensal das despesas oriundas dos serviços prestados aos beneficiários na forma deste Regulamento, acrescido dos demais valores descritos no convênio de adesão com a FACHESF.

§1º. A mensalidade será parcialmente custeada pelos beneficiários, conforme regras definidas no Anexo V deste Regulamento, que estabelece os critérios para contribuição mensal dos beneficiários titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus dependentes, e, ainda, por meio das coparticipações incidentes na utilização dos serviços, na forma do Anexo IV.

§2º. A participação dos beneficiários no custeio do plano FACHESF-SAÚDE PLUS obedecerá ao disposto na CONSU nº 8, de 03 de novembro de 1998, em seu art. 2º, inciso VII, que veda o repasse integral e individualizado dos custos dos serviços prestados aos beneficiários pela PATROCINADORA.

**Art. 47.** O plano de custeio do FACHESF-SAÚDE PLUS, previsto no Anexo V deste regulamento, obedecidas às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

- I. Valores repassados pela PATROCINADORA, conforme legislação vigente e convênio celebrado;
- II. Contribuição mensal dos beneficiários titulares, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus dependentes; e
- III. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos precedentes, não onerosos para a FACHESF.

Parágrafo 1º - O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais dos beneficiários titulares e dependentes, estabelecidas por faixa etária, valores de patrocínio e eventuais novas fontes de receita, e deverá ser publicado por

ato do Conselho Deliberativo da FACHESF, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

Parágrafo 2º – Todos os beneficiários vinculados ao plano deverão contribuir para ele, conforme plano de custeio, anexo a este regulamento, que levará em consideração a faixa etária dos inscritos e a faixa salarial do titular.

**Art. 48.** As contribuições mensais relativas aos BENEFICIÁRIOS titulares, por si e seus dependentes, conforme valores definidos no plano de custeio, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento, ficando à PATROCINADORA responsável pelo processamento do referido desconto.

§1º. Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento as contribuições mensais, 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 (quinze) do mês subsequente ao mês de referência quando a cobrança for realizada através 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.

§5º. A PATROCINADORA é responsável pelo repasse tempestivo à FACHESF do valor integral das despesas assistenciais dos beneficiários do plano e fará o desconto da parte referente aos beneficiários titulares conforme normas internas.

## CAPÍTULO XIII - DO REAJUSTE

**Art. 49.** O reajuste 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, segundo avaliação atuarial do PLANO FACHESF-SAÚDE PLUS, sendo o percentual de reajuste apresentado e aprovado pela PATROCINADORA e pelo Conselho Deliberativo da FACHESF, sendo na sequência comunicado à ANS.

§1º. Ao mudar de faixa etária e/ou faixa salarial, o beneficiário titular e seus dependentes, terão a sua contribuição adequada automaticamente, conforme valores vigentes, no mês subsequente ao da alteração.

§2º. A adequação decorrente da mudança de faixa etária e/ou salarial não se confunde com o reajuste financeiro anual.

§3º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente regulamento.

§4º. Independente da data de adesão do beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral no prazo de 12 (doze) meses após o registro do plano na ANS, conforme aniversário de vigência deste regulamento, entendendo este como data-base única.

§5º. Poderão ser reajustados, adicionalmente, os percentuais de coparticipação previstos nesse instrumento, mediante avaliação técnica que seja submetida ao mesmo rito do reajuste das mensalidades.

§6º. Qualquer reajuste aplicado ao plano FACHESF-SAÚDE PLUS deverá ser comunicado à ANS nos termos e prazos previstos na legislação vigente à época.

§7º. Caberá ao Conselho Deliberativo da FACHESF deliberar sobre a modificação da forma de custeio do plano, bem como estabelecer os acréscimos nas contribuições mensais com base nas avaliações atuariais que sejam realizadas, inclusive a pedido da PATROCINADORA.

## CAPÍTULO XIV - DAS FAIXAS ETÁRIAS

**Art. 50.** A contrapartida de responsabilidade do beneficiário é definida em função da faixa etária dos beneficiários inscritos e da faixa salarial do titular, conforme plano de custeio anexo a este Regulamento, que considera o disposto na legislação específica em vigor.

§1º. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) 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; e
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§2º. Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.471/03, em específico no seu artigo 3º, 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 REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

**Art. 51.** O plano tratado neste regulamento destina-se à categoria de BENEFICIÁRIOS titulares ativos e seus respectivos dependentes.

Parágrafo Único - No caso de falecimento do titular, é garantida aos respectivos dependentes existentes a manutenção em outro plano privado de assistência à saúde, por opção, e nos termos admitidos pela regulamentação da ANS, podendo também permanecer no plano FACHESF-SAÚDE PLUS, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras.

**Art. 52.** Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.



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

**Art. 53.** Caberá à PATROCINADORA solicitar a exclusão de beneficiário, nas seguintes situações:

- I. Perda da qualidade de titular;
- II. Perda do direito de elegibilidade e vínculo, decorrente da saída da CHESF da condição de PATROCINADORA da FACHESF;
- III. Perda da qualidade de dependente, quando o beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como dependente;
- IV. Interrupção do pagamento das mensalidades e/ou coparticipações, inclusive em função da inscrição de seus dependentes, por prazo superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não;
- V. Quando da solicitação pelo titular da exclusão de qualquer dependente.

§1º. Para a exclusão de beneficiário titular tratado neste instrumento, a PATROCINADORA deverá obrigatoriamente e expressamente informar à FACHESF quando deverá ser dar o término do vínculo com plano FACHESF-SAÚDE PLUS.

§2º. O empregado desligado da PATROCINADORA não poderá permanecer no FACHESF-SAÚDE PLUS, entretanto poderá migrar para outros planos de saúde administrados pela Fachesf. Caso a migração ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data do desligamento, não haverá cumprimento de carência.

**Art. 54.** A FACHESF poderá excluir os beneficiários, sem a anuência da PATROCINADORA, nas seguintes hipóteses, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da FACHESF:

- I. Em caso de fraude ao plano ou dolo;
- II. Decisão judicial;
- III. Outras situações previstas em Lei.

§1º. A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do dependente deverá ser tempestivamente comunicada pela PATROCINADORA à FACHESF, para adoção das medidas cabíveis.

§2º. - Considera-se perda da qualidade de beneficiário titular:

- I. Falecimento;
- II. Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- III. Aposentadoria com desligamento da PATROCINADORA;
- IV. Decisão administrativa ou judicial;
- V. Voluntariamente, por opção do titular; e
- VI. Outras situações previstas em Lei.

**Art. 55.** A exclusão do beneficiário titular implicará a automática exclusão de todos os dependentes, exceto nos casos previstos neste instrumento.

**Art. 56.** Em caso de rescisão contratual com a PATROCINADORA, caso tenha se submetido a tratamento odontológico, o titular e seus dependentes ficam sujeitos à auditoria final dos procedimentos realizados, devendo efetuar-la até o último dia de trabalho do titular, quando cumprir aviso prévio, ou até a quitação da rescisão.

§1º. As despesas referentes à participação do titular, nos serviços faturados pelo plano FACHESF-SAÚDE PLUS, devem ser quitadas na rescisão contratual ou por meio de cobrança realizada via boleto bancário, efetuada pela FACHESF ou pela PATROCINADORA.

§2. Em se tratando de reembolso, este será garantido para as despesas realizadas até o último dia trabalhado, observando-se as regras estabelecidas no CAPÍTULO X.

**Art. 57.** Quando da ocorrência da perda da qualidade de dependente, poderá ser exercida a portabilidade para outra operadora de saúde ou para outros planos da FACHESF, devendo, para tanto, serem cumpridos os requisitos de elegibilidade estabelecidos pela Resolução Normativa nº 438 de 28 de abril de 2018, e suas alterações e/ou demais normas emanadas pela ANS posteriormente.

**Art. 58.** A exclusão, nos termos tratados neste regulamento, não exime o beneficiário da obrigação de quitar eventuais débitos com a PATROCINADORA e/ou FACHESF, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

## CAPÍTULO XVII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

### SEÇÃO I - DAS OBRIGAÇÕES

**Art. 59.** São obrigações da PATROCINADORA, de modo a assegurar a sustentabilidade deste plano:

- I. Repassar para a FACHESF os recursos financeiros para custeio do plano de acordo com o estabelecido no Convênio de Adesão;
- II. Orientação quanto à interpretação e acompanhamento das disposições do plano FACHESF-SAÚDE PLUS;
- III. Análise de situações excepcionais; e,
- IV. Disponibilizar e manter atualizadas as informações cadastrais dos seus empregados à FACHESF.

**Art. 60.** São obrigações da FACHESF:

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

**Art. 61.** São obrigações do beneficiário titular:

- I. Ter ciência do Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde, encaminhados pela FACHESF por e-mail;
- II. Comunicação imediata à FACHESF da perda da carteira de identificação para uso do plano, devendo ser responsabilizado pelas despesas que possam decorrer desse fato;
- III. Zelo na utilização do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, responsabilizando-se pelo uso indevido da carteira de identificação, e arcando com despesas que possam decorrer desse fato;
- IV. Verificar os nomes dos seus dependentes, dentre outros dados cadastrais constantes na carteira de identificação de beneficiários do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, e solicitar à FACHESF ajustes porventura necessários;

- V.** Atendimento dos prazos estabelecidos em relação à entrega de documentos, prestação de contas, comparecimento à auditoria e/ou perícia médica;
- VI.** 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;
- VII.** 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;
- VIII.** Atendimento as solicitações da FACHESF, quando esta julgar necessário, de avaliações, exames complementares de diagnósticos, 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;
- IX.** Declarar e atualizar os seus dados e de seus dependentes, bem como as informações de contato, tais como: endereço, telefone, e-mail.
- X.** Arcar com o pagamento da parte das mensalidades, e coparticipações que lhe forem cabíveis.

## SEÇÃO II - DAS PENALIDADES

**Art. 62.** O não cumprimento dos termos deste regulamento sujeita o beneficiário titular às penalidades previstas neste regulamento, sem prejuízo das eventuais sanções civis ou penais.

Parágrafo Único - São consideradas faltas passíveis de penalidade os seguintes procedimentos por parte dos BENEFICIÁRIOS titulares e seus 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 adiantamento ou 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;
- V.** Ceder o cartão de identificação para utilização de terceiros;
- VI.** Falsificar ou adulterar documentos; e
- VII.** Outros atos que configurem infração ao regulamento ou à legislação.

**Art. 63.** 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 a ampla defesa:

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

§1º. O beneficiário titular responderá pelas faltas cometidas pelos seus dependentes.

§2º. A suspensão ou exclusão do beneficiário titular, nos termos deste artigo, implicará a automática suspensão ou cancelamento da inscrição de seus dependentes.

§3º. O beneficiário, que sofrer a aplicação da penalidade, terá o prazo de 10 (dez) dias, após o recebimento da notificação, para apresentar a defesa e, se necessário, recorrer à instância competente.

§4º. As penalidades aplicadas serão comunicadas ao beneficiário titular por notificação escrita, com cópia para a respectiva PATROCINADORA.

**Art. 64.** Na hipótese de inadimplência do beneficiário em relação aos valores devidos ao plano, serão também aplicadas as seguintes penalidades:

- I. Suspensão do beneficiário titular e dos seus dependentes do plano FACHESF-SAÚDE PLUS caso a inadimplência acumule 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos últimos 12 (doze) meses; e
- II. Exclusão do beneficiário titular e dos seus dependentes do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, caso a inadimplência acumule mais de 90 (noventa) dias.

Parágrafo único - Caberá à FACHESF informar ao beneficiário titular a situação de pagamentos em aberto, bem como fazer a notificação 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. 65.** Este regulamento foi elaborado com base na legislação vigente, de modo que qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi previsto, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

**Art. 66.** Qualquer tolerância não implica perdão, renúncia ou alteração do pactuado.

**Art. 67.** Nenhuma responsabilidade caberá à FACHESF por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem 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. 68.** A FACHESF não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do definido neste regulamento.

**Art. 69.** Os termos de credenciamento e de convênio, bem como outros atos normativos da FACHESF e da PATROCINADORA fornecerão informações complementares a este regulamento.

**Art. 70.** Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da FACHESF junto à PATROCINADORA, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

**Art. 71.** 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.

**Art. 72.** Fica eleito o foro da comarca de residência do beneficiário, para dirimir quaisquer demandas sobre o presente regulamento, facultado o direito ao beneficiário de fazer uso de seu foro de domicílio para ajuizamento de qualquer ação pertinente.

Recife - PE, de                      de 2022.

## ANEXO I - DA RELAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

RELAÇÃO	DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS
Titular	Comprovação de vínculo formal com a PATROCINADORA
RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS
Cônjuge	Certidão de casamento; RG e CPF;
Companheiro	Certidão de União Estável emitida em cartório; RG e CPF;
Filho (incluído o adotivo) menor de 21 anos	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Enteado menor de 21 anos	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho (incluído o adotivo) menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1ª graduação)	Comprovante de adoção (caso não tenha novo registro de nascimento); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente;
Enteado menor de 24 anos – quando for universitário (limitado à 1ª graduação)	Certidão de casamento do titular (caso o cônjuge não esteja no Plano); RG e CPF; Comprovante de matrícula emitido semestralmente;
Curatelado	Decisão judicial nomeando o curador; Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Menor sob guarda em processo de adoção	Decisão judicial comprobatória; Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos);
Filho portador de doença grave ou necessidade especial incapacitante	Certidão de nascimento com CPF (menores de 10 anos); RG e CPF (todos os demais casos); Atestado médico comprovando a incapacidade;
Genitor	RG e CPF; Cópia da Declaração de IR; Autorização formal da PATROCINADORA.

## ANEXO II - DA DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO

PROCEDIMENTO OU SERVIÇO	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA
Consultas Médicas e Odontológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou nota fiscal;</li> </ul>
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia SADT/ Tratamentos seriados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou nota fiscal;</li> <li>• Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso;</li> </ul>
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento com Despesas Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou nota fiscal;</li> <li>• Relatório justificando a necessidade de realização do procedimento, com hipótese diagnóstica e o plano de tratamento, quando for o caso;</li> <li>• Fatura com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados;</li> </ul>
Internações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo ou nota fiscal do estabelecimento hospitalar e ou dos profissionais que prestaram atendimento;</li> <li>• Relatório do médico assistente justificando a necessidade de internação, com descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e demais informações que se fizerem pertinentes;</li> <li>• Fatura hospitalar com discriminação de cada item que a compõe: diárias, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados;</li> <li>• Em caso de internação cirúrgica, apresentar cópia do relatório cirúrgico e do boletim anestésico;</li> <li>• Se utilizado implante de órtese, prótese ou material especial, apresentar nota fiscal do material utilizado.</li> </ul>

## ANEXO III - DA LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Para ter acesso à relação de procedimentos que necessitam de autorização, **clique aqui**. Ou acesse a área restrita do site da Fundação, clique no ícone Saúde e link Fachesf-Saúde. Na página, você encontrará o arquivo PDF no link "Lista de procedimentos que exigem autorização prévia".

## ANEXO IV - DAS COPARTICIPAÇÕES

CRITÉRIOS	COPARTICIPAÇÃO	LIMITADOR
Internação psiquiátrica	50%	A partir do 30º dia de internação
Procedimentos odontológicos	15%	R\$ 150,00 por evento
Consultas, exames de qualquer natureza, tratamentos seriados e terapias.	15%	R\$ 150,00 por evento
Demais procedimentos médico-ambulatoriais	15%	R\$ 150,00 por evento
Atendimentos de urgência/emergência	15%	R\$ 150,00 por evento
Quimioterapia, diálise, hemodiálise e radioterapia	0%	-

CUSTO POR EVENTO DE INTERNAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO DO EMPREGADO NA PROPOSTA DO TST
De R\$ 15,00 a R\$ 250,00	R\$ 11,25
De R\$ 250,01 a R\$ 500,00	R\$ 22,50
De R\$ 500,01 a R\$ 1.000,00	R\$ 45,00
De R\$ 1.000,01 a R\$ 1.500,00	R\$ 67,50
De R\$ 1.500,01 a R\$ 2.000,00	R\$ 90,00
De R\$ 2.000,01 a R\$ 2.500,00	R\$ 112,50
De R\$ 2.500,01 a R\$ 3.750,00	R\$ 168,75
De R\$ 3.750,01 a R\$ 5.000,00	R\$ 225,00
De R\$ 5.000,01 a R\$ 7.500,00	R\$ 337,50
De R\$ 7.500,01 a R\$ 10.000,00	R\$ 450,00
De R\$ 10.000,01 a R\$ 15.000,00	R\$ 675,00
De R\$ 15.000,01 a R\$ 20.000,00	R\$ 900,00
De R\$ 20.000,01 a R\$ 25.000,00	R\$ 1.125,00
De R\$ 25.000,01 a R\$ 30.000,00	R\$ 1.350,00
De R\$ 30.000,01 a R\$ 35.000,00	R\$ 1.400,00
De R\$ 35.000,01 a R\$ 40.000,00	R\$ 1.600,00
De R\$ 40.000,01 a R\$ 45.000,00	R\$ 1.800,00
De R\$ 45.000,01 a R\$ 50.000,00	R\$ 2.000,00
Acima de R\$ 50.000,01	R\$ 2.500,00

## ANEXO V - DO PLANO DE CUSTEIO

Dispõe sobre os percentuais e valores de contribuição a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, estabelecidos para o custeio do plano FACHESF-SAÚDE PLUS.

Considerando o disposto no regulamento do plano FACHESF-SAÚDE PLUS fica instituído o presente plano de custeio, com as regras e valores de contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes.

**Art. 1º.** Para participar do plano FACHESF-SAÚDE PLUS, o beneficiário titular contribuirá mensalmente com o custeio do plano, por si e por seus dependentes, no valor especificado na tabela de preços do plano vigente à época de sua adesão, disponibilizada no site da Fatchesf – [www.fatchesf.com.br](http://www.fatchesf.com.br).

§1º. A base de cálculo para definição do valor da contribuição mensal ao plano FACHESF-SAÚDE PLUS, parte do beneficiário titular, considerará:

- I. Empregados ativos, inclusive aqueles cedidos pela PATROCINADORA: o valor da Remuneração de Referência paga pela PATROCINADORA;
- II. Empregados cedidos para as Empresas do Grupo Eletrobras: o valor da Remuneração de Referência recebida junto à entidade cedente, de modo análogo ao estabelecido na Remuneração de Referência da empresa, somado à eventual complemento remuneratório recebido da empresa para a qual esteja cedido;
- III. Dirigentes (Presidente, Diretores): o valor dos honorários recebido junto à PATROCINADORA, de modo análogo ao estabelecido na Remuneração de Referência da PATROCINADORA.

§2º. A definição dos valores das contribuições mensais a cargo dos beneficiários titulares, por si e seus dependentes, observará os seguintes critérios:

- I. Faixa salarial do beneficiário titular; e
- II. Faixa etária dos beneficiários inscritos pelo beneficiário titular, incluindo ele próprio.

§3º. O valor da contribuição mensal será o somatório das contribuições individuais do beneficiário titular e de seus dependentes, em conformidade com a tabela de contribuições estabelecida no artigo 1º deste plano de custeio.



**Art. 2º.** O reajuste dos valores constantes da tabela de preços aludida no artigo 1º, referente às contribuições do plano de custeio do plano de saúde FACHESF-SAÚDE PLUS, será realizado anualmente, no prazo de 12 (doze) meses após o registro do plano na ANS, conforme aniversário de vigência deste regulamento, possuindo como parâmetro o estudo anual atuarial.



