

REGULAMENTO



FACHESF-SAÚDE VIDA

DADOS GERAIS

Classificação da Operadora: Autogestão com Patrocinador, sem mantenedor.

Nome Comercial do Plano: FACHESF SAÚDE VIDA.

Contratação: Coletivo por Adesão.

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios.

Área de Atuação: Paulo Afonso, Glória, Delmiro Gouveia, Jatobá, Água Branca.

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Vínculo do Beneficiário: Vínculo Previdenciário com a Fachesf.

Padrão de Acomodação: Enfermaria.

Fator Moderador: Coparticipação.

Plano Opera Exclusivamente Como Livre Escolha: Não.

CAPÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente Regulamento estabelece as diretrizes do plano de assistência à saúde FACHESF SAÚDE VIDA, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, inscrito sob o nº 498.887/24-6, a ser operado pela Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – Fachesf (OPERADORA), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 42.160.192/0001-43, registrada na ANS sob o nº 31723-3, classificada na modalidade Autogestão, com sede e foro na Rua do Paissandu, nº 58 – Boa Vista – Recife/PE. Tratando-se da prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, visando à assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com a cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

CAPÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

A inclusão no plano deverá ser feita pelo titular através do preenchimento de formulário específico, podendo o titular, a qualquer tempo, incluir seus dependentes diretos ou agregados, apresentando a documentação comprobatória.

A adesão do grupo familiar (dependentes diretos e ou agregados) dependerá da participação do BENEFICIÁRIO titular no plano Fachesf Saúde Vida.

São denominados BENEFICIÁRIOS do FACHESF SAÚDE VIDA os participantes da Fachesf, bem como seus dependentes, obedecendo ao disposto no artigo 2º, inciso II, da Resolução Normativa- RN nº 137/2006, alterada pela RN nº 272/2011, nas seguintes condições:

- I.** Na qualidade de BENEFICIÁRIO titular, o participante da Fachesf;
- II.** Na qualidade de BENEFICIÁRIO dependente direto:
 - a) Cônjuge do BENEFICIÁRIO(A) titular;
 - b) Companheiro (a), desde que viva em união estável com o BENEFICIÁRIO titular, inclusive do mesmo sexo, configurada a convivência pública, contínua e duradoura ou tenha filho (a) com o respectivo companheiro (a), sendo vedada a inscrição simultânea do cônjuge e do (a) companheiro(a);
 - c) Filho(a) e enteado (a) até 24 anos;
 - d) Menor sob guarda;
 - e) Filho adotivo do Titular menor de 12(doze) anos de idade, o qual aproveitará os períodos de carência já cumpridos pelo Titular.
- III.** Na qualidade de BENEFICIÁRIO dependente agregado:
 - a) Pai e Mãe;
 - b) Filho (a) e enteado (a) acima de 24 anos;
 - c) Tutelado (a) de qualquer idade;
 - d) Ex-cônjuge;
 - e) Neto(a);
 - f) Bisneto(a);
 - g) Trineto (a);
 - h) Irmão(ã);
 - i) Sobrinho(a);
 - j) Primo(a);
 - k) Sobrinho(a)-neto (a);
 - l) Genro e nora;
 - m) Cunhado(a).

CAPÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O FACHESF SAÚDE VIDA cobrirá os custos, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, relativos aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares com obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 12, incisos I, II, III e IV da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no que se aplicam ao plano.

COBERTURA AMBULATORIAL

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, observadas as seguintes coberturas:

- I.** Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina– CFM;
- II.** Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III.** Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido na Resolução Normativa vigente que prevê o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- IV.** Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido nos anexos da Resolução Normativa vigente, que prevê o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- V.** Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados na legislação em vigor, que podem ser realizados tanto por fisiatra, como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme indicação do médico assistente;
- VI.** Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na legislação em vigor;
- VII.** Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente sobre o tema;
- VIII.** Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento. Caso o BENEFICIÁRIO esteja cumprindo carência para internação, será garantida a remoção para unidade do SUS;
- IX.** Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal- CAPD;
- X.** Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela 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 quimioterápicos citostáticos 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, serem administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

- XI.** Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar, relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:
- a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira- DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional- DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, conforme disciplina da ANVISA;
- XII.** Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- XIII.** Cobertura dos procedimentos de radioterapia, conforme conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- XIV.** Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- XV.** Cobertura de hemoterapia ambulatorial;
- XVI.** Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, listadas nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor;
- XVII.** Cobertura para o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- XVIII.** Cobertura da participação de profissional médico- anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;
- XIX.** Cobertura do atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no Regulamento deste plano, independentemente do local de origem do evento;
- XX.** Cobertura a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.

COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e

emergência, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, observadas as seguintes coberturas:

- I.** Cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia (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 ao BENEFICIÁRIO a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, bem como para outros casos que se façam necessários, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor;
- II.** Cobertura de transplantes listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
- a) As despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da OPERADORA do BENEFICIÁRIO receptor;
 - b) Os medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) O acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e 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) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao BENEFICIÁRIO receptor.
 - e) Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os critérios adotados na legislação;
 - f) Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor;
 - g) Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:
 - 1. Crianças e adolescentes menores de 18 anos;
 - 2. Idosos a partir dos 60 anos de idade; e
 - 3. Pessoas com deficiência.
- III.** Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

- IV.** Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
- a) Pré-parto;
 - b) Parto; e
 - c) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
- V.** Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- VI.** Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do BENEFICIÁRIO, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção;
- VII.** Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- VIII.** Cobertura de internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- IX.** Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- X.** Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença 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;
- XI.** Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XII.** Cobertura de 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.** Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- XIV.** Cobertura de internações em saúde mental ininterrupta que serão autorizadas, conforme as diretrizes de utilização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;

- XV.** Cobertura dos procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- XVI.** Cobertura de toda e qualquer taxa, durante o período de internação, incluindo materiais utilizados;
- XVII.** Cobertura de remoção, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da internação, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no Regulamento deste plano;
- XVIII.** Cobertura do custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, inclusive para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- XIX.** Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- XX.** Cobertura de tratamento em regime de hospital-dia, por 180 (cento e oitenta) dias, por ano para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde;
- XXI.** Cobertura de próteses importadas nacionalizadas (registradas na ANVISA) e utilizadas no ato cirúrgico.

PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

O plano FACHESF SAÚDE VIDA poderá oferecer ainda coberturas adicionais e opcionais através de Subprogramas de Assistência à Saúde, com procedimentos de caráter curativo, preventivo, de promoção de saúde e ainda serviços especiais não obrigatórios na Regulamentação da Saúde Supletiva em vigor, conforme normatização própria.

CAPÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura do FACHESF SAÚDE VIDA os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento do plano, provenientes dos seguintes casos:

- I.** Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
- a) Emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

- b) É considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina– CFM;
- c) Não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (*uso off-label*), ressalvado o disposto na legislação vigente.
- II.** 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 parte do corpo humano lesionada, por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- III.** Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- IV.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- V.** Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- VI.** Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos na legislação vigente como de fornecimento obrigatório;
- VII.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- X.** Tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- XI.** Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XII.** Atendimento domiciliar em regime de home care, nos casos em que a requisição não se enquadre efetivamente como substituição necessária e mais benéfica da internação hospitalar;
- XIII.** Eventos oriundos de acidente de trabalho e doenças profissionais que legalmente sejam de responsabilidade do empregador e não estejam previstos em outro Programa Assistencial específico ou Subprograma, para atendimento a tais casos.

CAPÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO

- I.** O prazo de duração do plano FACHESF SAÚDE VIDA é indeterminado.
- II.** Independente da data de adesão do BENEFICIÁRIO, os valores de suas contribuições terão reajuste, anual, em junho, conforme aniversário de vigência deste Regulamento, entendendo este como data base única.

CAPÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

A contagem da carência se dará a partir do ingresso do BENEFICIÁRIO no plano.

PERÍODO DE CARÊNCIA	COBERTURA
24h	Emergências
24h	Urgências
30 dias	Consultas
60 dias	Exames básicos de apoio diagnóstico, a exemplo de: raio x, ultra-sonografia e exames clínicos laboratoriais
90 dias	Exames especiais de apoio diagnóstico, a exemplo de: tomografia computadorizada, ressonância magnética e pet scan
180 dias	Atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas, bem como demais procedimentos não previstos nos itens acima.
300 dias	Parto a termo

Não poderá ser exigido o cumprimento de carências:

- I.** Quando a inscrição do beneficiário BENEFICIÁRIO no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de seu ingresso na empresa contratante (Patrocinadora / Instituidora);
- II.** No ato da inscrição, o recém-nascido, filho natural ou adotivo do titular, na qualidade de dependente direto, desde que o titular inscreva o dependente dentro de 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento ou adoção, comprovados pelos respectivos documentos legais;
- III.** No ato da inscrição, como agregado, o recém-nascido neto de titular, desde que o titular não esteja cumprindo prazo de carência e que inscreva o agregado dentro de 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento, comprovados pelos respectivos documentos legais.

CAPÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- I.** Caso a FACHESF adote a cobertura parcial temporária (CPT) no caso de doenças e lesões preexistentes, conforme previsto pela ANS, ela não será aplicada aos BENEFICIÁRIOS inscritos no prazo de 30 (trinta) dias, contados do seu ingresso na Patrocinadora/ Instituidora.

- II.** Caso o BENEFICIÁRIO solicite adesão fora do prazo contemplado no item anterior, deverá preencher o formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do plano FACHESF SAÚDE VIDA, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.
- III.** Juntamente com o formulário de declaração de saúde, será entregue a “Carta de Orientação ao BENEFICIÁRIO”.
- IV.** 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 OPERADORA, sem nenhum ônus.
- V.** Caso o BENEFICIÁRIO opte pela orientação por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada da OPERADORA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.
- VI.** O objetivo da entrevista qualificada será orientar o BENEFICIÁRIO para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual serão registradas as doenças ou lesões de que o BENEFICIÁRIO saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano FACHESF SAÚDE VIDA, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e às consequências da omissão de informações.
- VII.** Será vedada à OPERADORA 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.
- VIII.** 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 OPERADORA oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).
- IX.** 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.
- X.** 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.
- XI.** As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela OPERADORA 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.
- XII.** Os procedimentos de alta complexidade estão especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

XIII. Exercendo prerrogativa legal, a OPERADORA não optará pelo fornecimento do agravo [acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano, para que o BENEFICIÁRIO tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais].

XIV. 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 OPERADORA 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.

XV. Instaurado o processo administrativo na ANS, à OPERADORA caberá o ônus da prova.

XVI. A OPERADORA 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.

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

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

XIX. Após julgamento, se acolhida a alegação da OPERADORA pela ANS, o BENEFICIÁRIO passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente pela OPERADORA, sendo, ainda, excluído do plano.

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

CAPÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

I. A OPERADORA assegurará o reembolso no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não houver prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pela OPERADORA dentro da área de abrangência geográfica e área de atuação do plano. O reembolso de que trata este item será efetuado de acordo com a legislação em vigor.

II. O reembolso, quando comprovadamente devido, será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) Relatório do médico assistente, contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;

c) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados: nome completo do paciente; procedimento e data de sua realização; descrição da conduta médica; valor dos honorários; nome, número do Conselho Regional e CPF do médico; declaração do titular, contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado na localidade, conforme o caso.

III. O BENEFICIÁRIO terá o prazo de 01 (um) ano a contar da data do evento, para solicitar o reembolso acompanhado dos documentos acima relacionados, sob pena de perda do direito;

IV. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao BENEFICIÁRIO, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

V. Cobertura dos tratamentos, dentro dos limites do FACHESF SAÚDE VIDA, decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência deste Regulamento e cumprida a carência de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;

VI. Cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência;

VII. Cobertura de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

VIII. O plano FACHESF SAÚDE VIDA fica responsável pela remoção do paciente após realização do atendimento caracterizado como emergência ou urgência, exclusivamente quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos técnicos oferecidos pela unidade que prestou o atendimento para continuidade do tratamento;

IX. Havendo necessidade de internação, quando o BENEFICIÁRIO não tiver direito a esta, a remoção será para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento. Caso não possa haver a remoção em decorrência de risco de vida do BENEFICIÁRIO, este ou o seu responsável e o prestador de atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA deste ônus;

X. Cobertura total com despesas relativas a traslado em ambulância por via terrestre, justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano FACHESF SAÚDE VIDA e com base na tabela adotada pela OPERADORA.

CAPÍTULO IX - ACESSO LIVRE ESCOLHA DE CREDENCIADOS

O plano FACHESF SAÚDE VIDA não contempla o custeio de despesas em prestadores não credenciados.

CAPÍTULO X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É reservado à OPERADORA o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissionais, sob a égide da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 e quaisquer outras regulamentações pertinentes, sendo então adotadas as seguintes medidas de regulação:

- I.** A habilitação do BENEFICIÁRIO no exercício do seu direito de uso em toda a rede de prestadores, durante a vigência do Regulamento, ocorrerá com a apresentação do seu cartão individual de identificação, expedido pela OPERADORA, acompanhado da sua carteira de identidade;
- II.** A OPERADORA poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do BENEFICIÁRIO, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas guias de solicitação de serviços/procedimentos; solicitar informações complementares a hospitais, clínicas, laboratórios e outros médicos que tenham prestado atendimento, anteriormente, ao BENEFICIÁRIO, bem como instaurar junta médica para definição de impasses em caso de divergências médicas e/ou odontológicas;
- III.** Nos casos comprovados de atendimento de emergência/urgência, os BENEFICIÁRIOS serão regularmente atendidos e o prestador credenciado comunicará de imediato o atendimento realizado, para fins de registro na OPERADORA e posterior cobrança, sob pena de não reconhecimento por parte da OPERADORA e do BENEFICIÁRIO das despesas referentes ao atendimento;
- IV.** Em se tratando de cirurgia e internação hospitalar emergencial também devem ser comunicadas à OPERADORA, pelo prestador credenciado de imediato, para fins de registro e posterior cobrança, devendo ser apresentada solicitação médica, juntamente com demais documentos necessários para acompanhamento da auditoria in loco, sob pena de não reconhecimento por parte da OPERADORA e do BENEFICIÁRIO das despesas referentes ao atendimento.
- V.** As consultas eletivas serão realizadas primeiramente nas especialidades básicas, Clínico Geral para adultos e Pediatria para crianças, e na necessidade de consultas em outras especialidades, estas ocorrerão após solicitação dos médicos das especialidades básicas e mediante prévia autorização e indicação da Operadora.
- VI.** 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.
- VII.** Todos os procedimentos cobertos por este plano podem ser solicitados pelo médico assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede credenciada da OPERADORA;
- VIII.** Este plano possui coparticipação, que é o valor de participação a ser pago pelo BENEFICIÁRIO diretamente à OPERADORA, posteriormente à utilização do serviço, com limite máximo de cobrança, por procedimento, reajustado por ocasião da avaliação atuarial anual do plano, devidamente aprovado pelo Conselho Deliberativo da OPERADORA;

IX. É prevista no plano FACHESF SAÚDE VIDA a cobertura de procedimentos ambulatoriais, com o fator moderador na forma de participação percentual do BENEFICIÁRIO na utilização, conforme percentuais adiante explicitados, os quais incidirão sempre sobre o efetivo desembolso cobrado à OPERADORA, de acordo com a tabela vigente mantida com o respectivo prestador de serviços:

- a) 40% (quarenta por cento) do custeio imputado à OPERADORA em consultas médicas realizadas pelo BENEFICIÁRIO em consultório médico ou clínica médica;
- b) 40% (quarenta por cento) do custeio imputado à OPERADORA em honorários complementares clínicos, cirúrgicos, de diagnóstico e de terapia realizados ambulatorialmente, de caráter eletivo, com um limite máximo de cobrança, por procedimento, estabelecido por ocasião da avaliação atuarial do plano FACHESF SAÚDE VIDA.

X. É prevista ainda a participação do BENEFICIÁRIO na utilização do evento decorrente do atendimento de urgência e emergência, com o valor a ser estabelecido pelo Conselho Deliberativo da OPERADORA, com base na avaliação atuarial.

XI. Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados pelo FACHESF SAÚDE VIDA exclusivamente através da rede de prestadores de serviço, conforme relação disponibilizada em sua página na Internet – www.fachesfsaude.com.br, que tem caráter informativo e pode sofrer alterações, sendo este o canal mais atualizado para consulta à rede credenciada, a qual poderá ser obtida por meio do telefone também: (0800) 281-7533.

XII. Cabe ao prestador credenciado solicitar à OPERADORA a autorização prévia para a realização dos serviços elencados no Anexo III deste Regulamento. Quando o procedimento envolver utilização de OPME/DMI e medicamentos de alto custo, devem ser apresentados à auditoria e/ou perícia médica da OPERADORA laudo médico, com a justificativa da indicação, preferencialmente sendo oferecido, pelo menos, 3 (três) opções de produtos de fabricantes diferentes, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor, ficando a escolha sob a responsabilidade da OPERADORA. Quando não existirem as 3 (três) opções de produtos de fabricantes diferentes, conforme especificado acima, deverá ser apresentada a respectiva justificativa.

XIII. Serão efetuadas auditorias médica e odontológica prévias, concorrente e retrospectiva, conforme normas estabelecidas pela OPERADORA.

XIV. 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.

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

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

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

XVIII. É facultada à OPERADORA a substituição de entidade hospitalar desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos BENEFICIÁRIOS e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, tudo sempre regido pela legislação vigente que regular a matéria;

XIX. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar, a que se refere o dispositivo anterior, ocorrer por vontade da OPERADORA, durante período de internação do BENEFICIÁRIO, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a OPERADORA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento e da legislação em vigor;

XX. Excetua-se do previsto no item anterior, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a OPERADORA arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário;

XXI. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar, por redução, a OPERADORA deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CAPÍTULO XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido e calculado por estudos atuariais que levam em consideração o perfil demográfico dos BENEFICIÁRIOS, os serviços médicos e/ou hospitalares cobertos e seus custos, os riscos inerentes e a formação de garantias financeiras.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária (mensalidade e co-participação) será do BENEFICIÁRIO contratante ou de quem, em nome dele, contratou.

O contratante obriga-se a pagar à OPERADORA, em pré-pagamento, os valores relacionados na proposta de adesão, por BENEFICIÁRIO, para efeito de inscrição e de mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de adesão.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Se o BENEFICIÁRIO ou contratante não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à OPERADORA, para que não se sujeite à consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sendo 0,33% (zero virgula trinta e três por cento) ao dia, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) ao mês sobre valor de cada mensalidade atualizada monetariamente.

A OPERADORA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os BENEFICIÁRIOS que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Possuindo o BENEFICIÁRIOS débitos pendentes (mensalidade ou coparticipação) decorrentes de outros contratos e planos mantidos pela OPERADORA, o ingresso e adesão ao presente plano exige a respectiva quitação.

CAPÍTULO XII - REAJUSTE

O reajuste anual da contribuição mensal e da coparticipação serão feitos segundo legislação vigente, com base na utilização e evolução dos custos dos serviços médicos e/ou hospitalares, segundo avaliação atuarial do FACHESF SAÚDE VIDA, sendo o percentual de reajuste aprovado pelo Conselho Deliberativo da OPERADORA e comunicado à ANS, conforme estabelece a regulamentação em vigor.

1. Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do plano FACHESF SAÚDE VIDA, entendendo-se esta como data base única, o que não se confunde com as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;
2. Caso ocorra a necessidade de aplicação do reajuste técnico por sinistralidade, os valores das mensalidades serão reavaliados, sendo o nível de sinistralidade da carteira baseado na

proporção entre as despesas assistenciais, operacionais e garantias financeiras e as receitas diretas do FACHESF SAÚDE VIDA, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de cálculo;

3. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

CAPÍTULO XIII - FAIXAS ETÁRIAS

FAIXAS ETÁRIAS	PERCENTUAIS DE REAJUSTES
00 a 18 anos	[-] %
19 a 23 anos	[10] %
24 a 28 anos	[18] %
29 a 33 anos	[20] %
34 a 38 anos	[26] %
39 a 43 anos	[26] %
44 a 48 anos	[20] %
49 a 53 anos	[20] %
54 a 58 anos	[20] %
59 ou mais	[40] %

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito neste plano, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última mensalidade, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN nº 63, de 2003 da ANS, ou outra norma que a altere e a substitua.

Incisos I e II da RN nº 63

I- O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II- A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual, nem tampouco com o reajuste por sinistralidade da carteira.

Os BENEFICIÁRIOS com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

CAPÍTULO XIV - BÔNUS/DESCONTOS

Este tema não se aplica ao presente plano.

CAPÍTULO XV - BÔNUS/DESCONTOS

I. A exclusão do plano deverá ser solicitada pelo titular presencialmente, ou por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela OPERADORA, ou por meio da página da OPERADORA na Internet, exceto nos casos de exclusão automática, conforme disposto no item VII adiante. Para os casos de exclusão (titular, dependente direto ou agregado), não caberá a devolução das contribuições mensais pagas;

Parágrafo Único - A omissão de comunicado formal à OPERADORA quanto à ausência de qualquer BENEFICIÁRIO, ou qualquer outro evento que caracterizaria, por sua natureza, pagamento indevido, não ensejará devolução das contribuições recolhidas antes da data de sua efetiva comunicação ao plano FACHESF SAÚDE VIDA, exceto nos casos de falecimento.

II. A exclusão do BENEFICIÁRIO titular, exceto em caso de falecimento, acarretará na exclusão automática de todos os seus dependentes diretos e agregados, não cabendo devolução de valores de contribuições mensais;

III. Por ocasião da exclusão do BENEFICIÁRIO titular, dependente direto e/ou agregado, é obrigatória a devolução de todas as carteiras de identificação à OPERADORA, respondendo-se sob todos os aspectos, inclusive civil e criminalmente, perante a OPERADORA, caso haja o seu uso indevido;

IV. O BENEFICIÁRIO titular, na qualidade de responsável financeiro por todos os valores do plano (mensalidade e coparticipação) também será o responsável direto pelos débitos gerados pelo uso indevido, e autoriza a OPERADORA, desde já, a lançar estes débitos via folha de pagamento, ou cobrança bancária;

V. A separação ou divórcio do titular implica mudança do cônjuge ou companheiro(a) e enteados(as) da condição de dependentes diretos para a condição de agregados;

- VI.** Os dependentes diretos que atingiram limite de idade serão automaticamente transferidos desta categoria para a de agregados;
- VII.** A não quitação de 01 (uma) contribuição mensal (mensalidade ou coparticipação), por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará a exclusão do BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes diretos e agregados do plano, desde que o titular seja comprovadamente notificado até o 50º (quingüésimo) dia de inadimplência, conforme Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, artigo 13;
- VIII.** Fica estabelecido que a quitação da contribuição sempre corresponderá à respectiva mensalidade ou coparticipação objeto da cobrança ou de transação a esta relacionada;
- IX.** Caso o BENEFICIÁRIO titular juntamente com seus dependentes diretos e agregados tenham sido excluídos por motivo de inadimplência deste ou de outro plano da OPERADORA, e, posteriormente, solicite nova adesão e reinclusão no plano FACHESF SAÚDE VIDA (ou mesmo em outro plano de saúde da OPERADORA), terá que cumprir novo período de carência, inclusive os dependentes diretos e agregados, conforme a opção de cobertura escolhida;
- X.** Caberá à OPERADORA a exclusão do BENEFICIÁRIO, respeitados os trâmites administrativos estabelecidos no Estatuto da FACHESF, em caso de fraude ao plano ou dolo;
- XI.** A exclusão por qualquer motivo, não exime o titular da quitação de todos os compromissos financeiros para com o plano FACHESF SAÚDE VIDA, cuja cobrança dos débitos de mensalidades, coparticipação, serviços utilizados e de despesas ainda não apropriadas poderá ser feita de forma amigável ou judicialmente.

CAPÍTULO XVI - RESCISÃO

O FACHESF SAÚDE VIDA poderá ser extinto por decisão do Conselho Deliberativo da OPERADORA, observando as disposições legais.

CAPÍTULO XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

- I.** As coberturas previstas neste Regulamento serão prestadas através de serviços credenciados;
- II.** É direito do BENEFICIÁRIO titular emitir sua opinião sobre a operacionalização do produto, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações, preferencialmente por escrito, ao e-mail faleconosco@fachesf.com.br, ou através do telefone 0800.281-7533, ou, pessoalmente, na sede da OPERADORA, localizada na Rua do Paissandu, nº 58 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50.070-205, as quais serão imediatamente submetidas à apreciação, e, acolhidas, caso procedam;
- III.** A OPERADORA poderá notificar as autoridades competentes, em cumprimento ao disposto no Estatuto do Idoso, os casos em que os beneficiários acima de 60 (sessenta) anos apresentem de forma comprovada, indícios de negligência, maus-tratos, abuso, exploração ou crueldade, de forma física ou psíquica, de condições desumanas e degradantes, ou ainda sob privação de alimentos e cuidados indispensáveis em sua convivência familiar;

IV. O BENEFICIÁRIO titular, por si, e seus dependentes diretos e agregados, autoriza a OPERADORA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive sobre atendimentos e serviços beneficiados, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência a saúde e demais autoridades competentes;

V. O presente Regulamento, no que for omissivo, ou resultar em erro, ou ainda, passível de eventuais dúvidas, aplicar-se-á, concomitantemente, à legislação que rege a matéria, seguida das atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, devendo as partes, visando ao interesse comum, sempre que se mostrar possível, buscar solução amigável;

VI. Fazem parte da relação contratual estabelecida, a partir da assinatura da proposta de adesão, todos e quaisquer documentos entregues ou disponibilizados ao BENEFICIÁRIO que tratem de assuntos pertinentes ao plano, dentre os quais novas propostas de adesão, termos de atualização cadastral, declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do BENEFICIÁRIO, guia de leitura contratual, o presente Regulamento e suas respectivas atualizações;

VII. No caso de falecimento do BENEFICIÁRIO, o fato deverá ser comunicado à OPERADORA, imediatamente, e por escrito, com a apresentação da Certidão de Óbito, para a devida atualização cadastral.

Para ampla compreensão sobre os efeitos deste Regulamento e da relação contratual mantida entre as partes, ficam expressas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a OPERADORA fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente direto ou agregado que usufrui os serviços pactuados neste Regulamento.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística e financeira proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos BENEFICIÁRIOS pela contraprestação pecuniária.

CARÊNCIA: o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Regulamento, durante o qual os BENEFICIÁRIOS não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à OPERADORA, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

DEPENDENTE DIRETO/AGREGADO: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas neste Regulamento.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do BENEFICIÁRIO.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao BENEFICIÁRIO.

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo BENEFICIÁRIO ao plano FACHESF SAÚDE VIDA.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

ROL DA ANS: é o conjunto de procedimentos médicos de cobertura obrigatória prevista pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CAPÍTULO XVIII - ELEIÇÃO DE FORO

Para dirimir eventuais questões oriundas deste Regulamento, fica eleito o Foro da comarca da cidade do Recife, local em que se encontra a sede da OPERADORA.

