FIOSAÚDE
REGULAMENTO DO PLANO
FUNDAMENTAL FAMÍLIA

FUNDAMENTAL

é ter você na FioSaúde!

FIOSAÚDE - PLANO FUNDAMENTAL FAMÍLIA

FioSaúde

ANS - nº 41754-8

REGULAMENTO DO PLANO FUNDAMENTAL FAMÍLIA

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ – FIOSAÚDE, doravante denominada **FIOSAÚDE**, Operadora de Plano de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.754-8 e classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 03.033.006/0001-53, localizada na Avenida Brasil, nº 4.036, 3º andar, Manguinhos, CEP 21040-361, no município do Rio de Janeiro – RJ, é a instituição que ofertará e gerenciará o **PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º - São **INSTITUIDORAS** do **PLANO** de que trata este Regulamento, as Patrocinadoras da **CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ – FIOSAÚDE**, que firmarem Convênio de Adesão ao **PLANO**.

§1º – Para todos os fins previstos neste Regulamento, considera-se **INSTITUIDORA** a pessoa jurídica que convenia plano de saúde para determinada categoria de pessoas naturais, sem que haja sua participação ou responsabilidade financeira.

§2º – O **PLANO** foi conveniado pela reunião das **INSTITUIDORAS** na forma admitida no inciso I, do art. 29, da Resolução Normativa da ANS nº 557, de 2022, sendo considera- da uma única contratação para todos os fins, inclusive no que tange às regras de custeio, reajuste e de isenção de carências.

Art. 3º - O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **FUNDAMENTAL FAMÍLIA** e está registrado na ANS sob o nº 494.648/23-1, possuindo como Características Gerais:

I- Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

II- Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;

III- Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios;

IV- Área de atuação: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói e São João de Meriti;

V- Padrão de Acomodação em Internação: Individual;

VI- Formação do Preço: Pré-estabelecido.

CAPÍTULO II

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º - O presente Regulamento tem por objeto a 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 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica, 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), em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

§1º - Este instrumento contempla os requisitos legais necessários à oferta do denominado plano de referência básico ao grupo familiar dos servidores ativos e inativos vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, nos termos da Lei nº. 8.112/1990 e da Portaria Normativa nº 05/2010, editada pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SRH/MPOG.

§2º - O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO III

DEFINIÇÕES

Art. 5º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I - ACIDENTE PESSOAL: evento ocorrido em data específica, 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 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e

fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

III – ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO: definida neste Regulamento: território dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos;

IV - BENEFICIÁRIO: usuários regularmente inscritos no plano de saúde;

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

VI - CREDENCIADOS: pessoa física ou jurídica que mantém contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares com a **FIOSAÚDE** para atendimento aos beneficiários do **PLANO**;

VII - COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento;

VIII – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;

IX - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO – DUT: estabelecem os critérios, a serem observados para que sejam asseguradas aos beneficiários as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

X - OPME: Órtese, Prótese e Materiais Especiais;

XI - ÓRGÃOS DO SIPEC: órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal;

XII - PEDIDO MÉDICO: solicitação do médico assistente para a realização de procedimentos e/ou exames;

XIII - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL: aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada às **INSTITUIDORAS** por relação empregatícia ou estatutária e ao seu grupo familiar;

XIV - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: lista contendo os procedimentos de cobertura obrigatória nos Planos de Saúde comercializados a partir da vigência da Lei 9.656/98;

XV - TABELA DE REFERÊNCIA: relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo **PLANO**.

Parágrafo Único - Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 6º - O presente Regulamento destina-se exclusivamente aos familiares dos Beneficiários Titulares das **INSTITUIDORAS**, respeitados os vínculos exigidos na legislação de saúde suplementar para que a **FIOSAÚDE** seja considerada autogestão.

§1º - Os Beneficiários Titulares são aqueles definidos nos Regulamentos próprios destinados a essa categoria, a exemplo do **FUNDAMENTAL**, registrado na ANS sob o nº 494.649/23-9.

§2º - Para fins do disposto neste Regulamento, os familiares dos Beneficiários Titulares que podem ter acesso ao programa de assistência à saúde objeto deste Regulamento são denominados Beneficiários Participantes.

§3º - Consideram-se Beneficiários Participantes, aptos a serem inscritos no **PLANO** previsto neste Regulamento:

I - Filhos e enteados do Beneficiário Titular que tenham perdido ou que não satisfaçam as condições de Beneficiário Dependente estabelecidas no Regulamento do plano de saúde destinado a essa categoria;

II - Tutelados e menor sob guarda do Beneficiário Titular ou do seu cônjuge/companheiro(a) que tenham perdido ou que não satisfaçam as condições de Beneficiário Dependente estabelecidas no Regulamento do plano de saúde destinado a essa categoria;

III - Genros e Noras do Beneficiário Titular;

IV - Irmãos(ãs) do Beneficiário Titular;

V - Cunhados (as) do Beneficiário Titular;

VI - Netos e sobrinhos do Beneficiário Titular e netos de seu cônjuge/companheiro(a);

VII - Pai ou padrasto, e mãe ou madrasta do Beneficiário Titular, que tenham perdido ou que não satisfaçam as condições de Beneficiário

Dependente econômico estabelecidas no Regulamento do plano de saúde destinado a essa categoria;

VIII - Sogros do Beneficiário Titular;

IX - Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) do Beneficiário Titular que não satisfaça as condições de Beneficiário Dependente estabelecidas no Regulamento do plano de saúde destinado a essa categoria, **quando a vinculação se der por força de sentença judicial**;

X - Avós do Beneficiário Titular ou de seu cônjuge/companheiro (a);

XI - Bisnetos (as) do Beneficiário Titular;

XII - Tios (as) do Beneficiário Titular;

XIII - Bisavós do Beneficiário Titular.

§4º - A inscrição dos Beneficiários Participantes fica condicionada à participação do Beneficiário Titular no plano de saúde da FIOSAÚDE destinado a essa categoria.

§5º - A inscrição do Beneficiário Participante será feita mediante o preenchimento do Termo de Adesão, devidamente instruído com os documentos que comprovem a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Beneficiários Participantes com o Titular.

§6º - A inclusão de **Beneficiário Participante** não terá caráter definitivo, reservando-se a **FIOSAÚDE** o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da exatidão das informações prestadas, bem como de todas as declarações feitas.

Art. 7º - É assegurada a inclusão:

I - Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridas pelo beneficiário, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou emissão do termo de adoção;**

II - Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumprida pelo beneficiário adotante, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.

Parágrafo Único - A inclusão dos beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente

Regulamento.

CAPÍTULO V

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 8º - A **FIOSAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e 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, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada do **PLANO**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados à todas as Doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da OMS listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 9º - A cobertura ambulatorial, limitada ao Rol de Procedimentos definido pela ANS e eventos de saúde, vigente a época do evento, compreende:

I - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

II - 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 para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso**;

III - Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional,

psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente**;

IV – Consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetriz, **de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente**;

III - 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;

IV - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

V - 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, 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 do estabelecimento de saúde;

a) Adjuvantes são 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.

VII - 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, **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**;

VI - Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

VII - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas em 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;

VIII - Hemoterapia ambulatorial;

IX - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT).

Seção II

Das Coberturas Hospitalares

Art. 10 - A cobertura hospitalar com obstetrícia limitado ao Rol de Procedimentos definido pela ANS e eventos de saúde, vigente a época do evento, compreende:

I - Internações hospitalares em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;

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

III - Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando 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.**

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 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;

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

VI - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **PLANO**, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede

credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

a) Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pelo **PLANO**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade da **FIOSAÚDE**.

VII - Acomodação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

VIII – Alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;

IX - 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, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial;

X - 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;

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 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, cabendo a escolha à FIOSAÚDE;

c) A **FIOSAÚDE** deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o

profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a **FIOSAÚDE** discordar das marcas indicadas, conforme disposto na regulamentação vigente aplicável.

XI - 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;

a) 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, observando as seguintes regras:

1. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e 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;

XII - Procedimentos ambulatoriais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) 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**;

d) Procedimentos radioterápicos;

e) Hemoterapia;

f) Nutrição parenteral ou enteral;

g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica

descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) 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**;

XIII - 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;

XIV - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as 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**;

d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

e) os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;

1. **o beneficiário candidato a transplante de órgãos e tecidos 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;

2. **as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes 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;**

3. **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.**

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

XVII - Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico ou **no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;

XVIII - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

Art. 11 - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I - O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que 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 em vigor à época do evento 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, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

a) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

IV - Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação progressiva, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação para tratamento dos transtornos psiquiátricos, contínuos ou não, por ano de adesão do beneficiário, não cumulativos, observados os seguintes percentuais de coparticipação incidentes sobre o valor dos serviços utilizados:

a) 20% (vinte por cento) entre 31 (trinta e um) e 60 (sessenta) dias;

b) 35% (trinta e cinco por cento) entre 61 (sessenta e um) e 90 (noventa) dias;

c) 50% (cinquenta por cento) acima de 90 (noventa dias).

Art. 12 - O presente Regulamento garante, ainda:

I- Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;

II- Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia e sedação, **caso haja indicação do profissional assistente**;

III- Equipe necessária à realização do procedimento, caso haja indicação do profissional assistente, observada a regulamentação da ANS, especialmente quanto aos critérios de credenciamento e reembolso praticados pela **FIOSAÚDE**.

IV- Taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a 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/ou 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, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

VI- Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, 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, **conforme indicação do profissional assistente**.

Seção III

Das Coberturas Odontológicas

Art. 13 - O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, 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, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

I- Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:

- **a)** Consulta Odontológica;
- **b)** Consulta Odontológica inicial;
- **c)** Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
- **d)** Condicionamento em odontologia;
- **e)** Teste de fluxo salivar;
- **f)** Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
- **g)** Teste de PH salivar (acidez salivar);
- **h)** Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.

II- Procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- **a)** Radiografia periapical;
- **b)** Radiografia interproximal - bite-wing;
- **c)** Radiografia oclusal;

d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
e) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).

III- Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

a) Atividade Educativa em Saúde Bucal;
b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
c) Aplicação Tópica de Flúor;
d) Aplicação tópica de verniz fluoretado;
e) Profilaxia – polimento coronário;
f) Aplicação de selante;
g) Dessensibilização dentária;
h) Remineralização dentária
i) Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.

IV- Procedimentos de **DENTÍSTICA**:

a) Aplicação de cariostático;

b) Adequação do meio bucal;
c) Restauração em amálgama;
d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
e) Núcleo de preenchimento;
f) Ajuste oclusal;
g) Restauração em ionômero de vidro;
h) Restauração em resina fotopolimerizável;
i) Restauração temporária /tratamento expectante;
j) Tratamento restaurador atraumático;
k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

V- Procedimentos de **PERIODONTIA**:

a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
c) Imobilização dentária;
d) Gengivectomia/gengivoplastia;
e) Aumento de coroa clínica;
f) Cunha proximal;
g) Cirurgia periodontal a retalho;
h) Tratamento de abscesso periodontal;
i) Enxerto gengival livre;
j) Enxerto pediculado.

VI- Procedimentos de **ENDODONTIA**:

a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
b) Pulpotomia;
c) Remoção de corpo estranho intracanal;
d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
e) Retratamento endodôntico em dentes permanentes;
f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
i) Remoção de núcleo intra-canal;
j) Remoção de peça/trabalho protético.

VII- Procedimentos de **CIRURGIA**:

a) Alveoloplastia;
b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
c) Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
e) Cirurgia para tórus/exostose;
f) Exérese ou Excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar;
g) Exodontia a retalho;
h) Exodontia de raiz residual;
i) Exodontia simples de permanente;
j) Exodontia simples de decíduo;
k) Redução de fratura alvéolo dentária;
l) Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia labial;
m) Frenotomia/Frenulotomia/Frenulectomia lingual;
n) Remoção de dentes inclusos, semi-inclusos ou impactados;
o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial;
q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo- facial;
r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
s) Ulectomia/Ulotomia;
t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
v) Punção aspirativa / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
w) Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
x) Bridectomia/ bridotomia;

y) Odonto-secção;
z) Redução de luxação da ATM;
aa) Tunelização;
bb) Remoção de odontoma;
cc) Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética;
dd) Reconstrução de sulco gengivo-labial;
ee) Remoção de dreno extra-oral;
ff) Remoção de dreno intra-oral;
gg) Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial;
hh) Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânulo salivar.

VIII- Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:

a) Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
c) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
d) Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
e) Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética;
f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética;
g) Reembasamento de coroa provisória.

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

CAPÍTULO VI

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 14 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, a Portaria Normativa SRH/MPOG nº 05/2010, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO 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 FIOSAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
II - Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;
III - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento e, ainda, aquele que faz uso *off-label* de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;
IV - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
V - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma 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;
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 para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvados os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes e/ou terapia imunobiológica para certas patologias previstas no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, nos termos estabelecidos no presente instrumento;

X - 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, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;

XI - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico (tais como aparelhos auditivos/AASI, muletas, cadeiras de roda, coletes ortopédicos, meias elásticas, entre outros) 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 - Fornecimento de próteses e órteses conhecidas como customizadas, personalizadas ou prototipadas;

XIII - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XIV - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XV - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XVI - Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVII - Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

XVIII - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

XIX - Exames para capacitação de atividade esportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XX - Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

XXI - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXII - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO;

XXIII -Acomodação, alimentação e paramentação relativas ao acompanhante do beneficiário, ressalvadas as previstas expressamente na cobertura do presente Regulamento;

XXIV - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, 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;
XXV - Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
XXVI - Avaliação pedagógica;
XXVII - Orientações vocacionais;
XXVIII - Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
XXIX - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
XXX - Cirurgia para mudança de sexo e cirurgias do processo transexualizador (redesignação sexual) que não se encontrem listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento;
XXXI - Remoção domiciliar;
XXXII - Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação têmporo- mandibular);
XXXIII - Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
XXXIV - Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
XXXV - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
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 (em Odontologia);
XXXVIII - Enxertos ósseos e biomateriais;
XXXIX - Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
XL - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
XLI - Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
XLII - Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
XLIII - Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
XLIV - Cirurgias a laser, à exceção daquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
XLV - Clareamento dentário;
XLVI - Plasma Rico em Plaquetas (PRP), fatores de crescimento e fatores de agregação plaquetária;
XLVII - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho,

de mudança de função e demissionais;
XLVIII - Asilamento de idosos.

CAPÍTULO VII

DURAÇÃO DO REGULAMENTO

Art. 15 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 01 de março de 2023.

Parágrafo Único - A data de início de vigência da adesão do beneficiário ao **PLANO** coincidirá com a data do recebimento, pela **FIOSAÚDE**, da comunicação de inscrição do beneficiário no **PLANO**, nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO VIII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 16 - 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 inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/98 e normas regulamentares da ANS:

I - Atendimentos de urgências/emergências, nos termos definidos no presente Regulamento – 24 (vinte e quatro) horas;

II - Consultas médicas – 30 (trinta) dias;

III - Procedimentos de diagnose, tratamentos especializados, procedimentos e terapias exclusivamente ambulatoriais – 60 (sessenta) dias;

IV - Internações hospitalares (inclusive serviços de diagnose e terapia intrínsecos), remoções não relacionadas aos atendimentos de urgência e emergência e procedimentos cirúrgicos – 180 (cento e oitenta) dias;

V - Consulta odontológica, diagnóstico e controle das doenças bucais, radiologia e manutenção de prótese removível – 60 (sessenta) dias;

VI - Procedimentos de restauração, periodontia, endodontia e cirurgia – 90 (noventa) dias;

VII - Procedimentos que envolvem próteses – 180 (cento e oitenta) dias;

VIII - Demais casos – 180 (cento e oitenta) dias;

IX - Partos a termo – 300 (trezentos) dias.

§1º - O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do beneficiário à FIOSAÚDE, que se dará no momento do recebimento, pela FIOSAÚDE, da comunicação de inscrição do beneficiário no PLANO.

§2º - Nos casos de afastamento do país, não inferior a 06 (seis) meses, o beneficiário terá garantido o reingresso ao PLANO, sem cumprimentos de novas carências, desde que formalize sua solicitação de reingresso até 30 (trinta) dias do seu retorno ao país.

§3º – Na hipótese de mudança para plano com benefício ampliado, deverão ser observados os períodos de carência previstos neste artigo, para as novas coberturas contratadas, que terão vigência a partir do primeiro dia do mês seguinte ao da solicitação.

Art. 17 - É isento do cumprimento dos períodos de carência o Beneficiário Participante cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que se tornar elegível para o PLANO.

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

CAPÍTULO IX

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 18 - 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;

III - Atendimento de urgência/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/trabalho protético;
f) tratamento de alveolite;
g)colagem de fragmentos dentários;
h) incisão e drenagem (intra ou extraoral) de abcesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
i) reimplante de dente avulsionado com contenção.

Art. 19 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I - Os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais serão garantidos **depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário ao PLANO**;

II - Depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

III - Durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**;

IV - Depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V - Durante o cumprimento dos períodos de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**.

CAPÍTULO X

REMOÇÃO

Art. 20 - Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor, inclusive quanto à área geográfica de abrangência do **PLANO**.

§1º - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do **PLANO**, 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.

§2º - Também estará garantida a remoção do paciente internado que necessitar realizar exames especiais, não disponíveis no local da internação (do hospital de origem para o prestador SADT e retorno ao hospital de origem).

§3º - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

Art. 21 - Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

I - Quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **FIOSAÚDE**, desse ônus;

II - Caberá à **FIOSAÚDE** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

III - Na remoção, a **FIOSAÚDE** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

IV - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a **FIOSAÚDE** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO XI

REEMBOLSO

Art. 22 - Será assegurado o reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência**

à saúde prevista no presente Instrumento, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO, nos atendimentos de urgência e de emergência e eletivos, quando o beneficiário for atendido fora da rede credenciada da **FIOSAÚDE**.

§1º - O pagamento do reembolso será calculado de acordo com os valores da Tabela Referência do **PLANO**, que não será inferior ao valor praticado pela **FIOSAÚDE** junto à rede de prestadores deste **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

I - No caso de consultas:

a) Se executado por pessoa física - original do recibo de honorários, no qual deve constar nome do paciente, data do atendimento, especialidade, CPF e CRM do médico, devidamente assinado e carimbado pelo profissional que prestou o serviço.

b) Se executado por pessoa jurídica - original da nota fiscal de honorários, devidamente preenchida, constando nome do paciente, data do atendimento e a especialidade.

II - No caso de exames e/ou tratamentos complementares:

a) Cópia do pedido de exame ou do tratamento do profissional que assiste o beneficiário, com respectiva indicação clínica;

b) Autorização prévia concedida pela FIOSAÚDE para os exames e serviços conforme previsto neste Regulamento;

c) Comprovantes de pagamentos:

c.1) Se executado por pessoa jurídica, original da Nota Fiscal com CNPJ emitida pelo estabelecimento que prestou o atendimento, discriminando, obrigatoriamente os procedimentos realizados, data, o nome do paciente que realizou o atendimento;

c.2) Se executado por pessoa física, original do Recibo com CPF e registro no conselho emitido pelo profissional que prestou o atendimento discriminando obrigatoriamente, os procedimentos realizados, data, o nome do paciente que realizou o atendimento.

III - No caso de honorários médicos e internação clínica ou cirúrgica:

a) Relatório do profissional que assiste ao paciente , tratamento efetuado , data do atendimento, descrição de OPME e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência;

b) Original dos recibos de honorários do médico, auxiliares e outros, discriminando obrigatoriamente data, nome do paciente, procedimentos

realizados e caracterizando as suas funções, com os respectivos CPFs e registros no conselho profissional;

c) Original da Nota Fiscal e da conta com o nome do paciente, data e hora inicial e final da internação, incluindo relação discriminando materiais, medicamentos, diárias, taxas e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso;

e) Autorização prévia concedida pela **FIOSAÚDE**.

IV - No caso dos procedimentos odontológicos:

a) Vias originais dos recibos e, ou notas fiscais de pagamento dos honorários do profissional de saúde executante dos serviços;

b) Relatório de tratamento odontológico realizado, especificando cada procedimento, com o número do dente e face ou região, a quantidade, valor cobrado e data de realização.

c) Radiografias inicial e final de acordo com o estabelecido na Tabela de Referência da **FIOSAÚDE**.

§2º - O valor do reembolso poderá ser de até uma vez(es) a Tabela de Referência do **PLANO**.

§3º - A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do beneficiário.

§4º - A Tabela Referência do **PLANO** está registrada no Cartório do 1º Ofício do Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro - RJ, estando também disponível na sede da **FIOSAÚDE** e no site (www.fiosaude.org.br). As revisões na Tabela de Referência, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede, ocorrem por decisão do Conselho Deliberativo da **FIOSAÚDE**.

§5º - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência do **PLANO** podem ser obtidos na sede da **FIOSAÚDE** ou pelo telefone 0800-28-28-878.

§6º - Para fins de reembolso, o Beneficiário Participante deverá apresentar a

documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, **sob pena de perder o direito ao reembolso**.

§7º - Para as solicitações de reembolso, aplicam-se todas as regras previstas pela **FIOSAÚDE** aos procedimentos realizados por profissionais, entidades credenciadas ou contratados.

§8º - Não poderão ser reembolsadas despesas com procedimentos não cobertos ou prestados por profissionais ou estabelecimentos conveniados ao PLANO.

§9º - Os reembolsos somente serão processados após o recebimento pela **FIOSAÚDE** de toda a documentação original referente aos procedimentos realizados, assim entendidos os honorários médicos ou do cirurgião-dentista, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

§10 - O reembolso será feito através de depósito na conta corrente informada pelo Beneficiário Participante.

§11 - Em nenhuma hipótese será reembolsada despesa com apresentação de nota fiscal e/ou o recibo em nome de terceiros que não fazem parte do PLANO.

§12 - Não há cobertura de reembolso para despesas com atendimento fora da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO.

§13 - A solicitação de reembolso poderá ser realizada através do atendimento pessoal, envelope de autoatendimento ou via correios.

§14 - Quando o beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

CAPÍTULO XII

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I

Do Cartão de Identificação

Art. 23 - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento, a **FIOSAÚDE**

fornecerá aos beneficiários o Cartão de Identificação que deverá ser apresentado no momento do atendimento dentro de sua validade em conjunto com um documento oficial de identidade.

§1º - O Cartão de Identificação é de uso pessoal e intransferível.

§2º - Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto do Cartão de Identificação, o beneficiário deverá comunicar imediatamente o fato à FIOSAÚDE, para bloqueio de sua utilização, sob pena de responder pelas despesas indevidamente realizadas, acrescidas de multa indenizatória de 15% (quinze por cento) do valor do atendimento, juros e encargos.

§3º - Será considerado uso irregular dos serviços assegurados pelo **PLANO**, excetuada a hipótese prevista no parágrafo anterior, a utilização do Cartão de Identificação por terceiros, ficando as despesas decorrentes sob a responsabilidade integral e direta do Beneficiário Participante, que deverá ressarci-las no prazo que lhe for concedido, sujeitando-o, ainda, às penalidades previstas neste Regulamento, independente de outras medidas cabíveis (sem prejuízo de outras penalidades previstas em Lei).

§4º - Os beneficiários excluídos do **PLANO** deverão devolver os Cartões de Identificação diretamente à **FIOSAÚDE**.

§5º - A **FIOSAÚDE** poderá disponibilizar o Cartão de Identificação em formato virtual.

Seção II

Padrão de Acomodação

Art. 24 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como **apartamento *standard*.**

Parágrafo Único - Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

Seção III

Regras Gerais de Atendimento

Art. 25 - O beneficiário poderá utilizar os médicos ou cirurgiões-dentistas ou instituições relacionados na rede de serviço do **PLANO** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

§1º - Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo **PLANO**, desde que atestados pelo beneficiário.

§2º - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, bem como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

Art. 26 - A rede de prestadores de serviços está disponível eletronicamente na internet: www.fiosaude.org.br.

Parágrafo Único - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões, respeitadas as normas editadas pela ANS. No que se refere à alteração da rede hospitalar, serão observadas as regras abaixo previstas:

I - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, r**essalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.**

II - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **FIOSAÚDE** durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a **FIOSAÚDE** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

III - No caso de redimensionamento da rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Art. 27 - A cobertura para todos os atendimentos garantidos pelo **PLANO** está condicionada à autorização prévia da **FIOSAÚDE**, após análise da indicação terapêutica fornecida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, exceto consultas e procedimentos de urgência e emergência.

§1º - Todas as solicitações médicas ou odontológicas terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

§2º - As autorizações para a realização dos procedimentos previstos neste Regulamento terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias a contar da data de liberação pela **FIOSAÚDE**. Após o vencimento deste prazo, as autorizações poderão ser revalidadas pela **FIOSAÚDE**, mediante solicitação médica ou odontológica, conforme mencionado no §1º deste artigo.

§3º - Nos casos em que se fizer necessária a autorização prévia, será garantida ao beneficiário a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

Art. 28 - Nos casos de internação, sejam elas clínicas ou cirúrgicas, bem como em eventos em que esteja prevista a utilização de órteses, próteses, materiais especiais, a cobertura estará condicionada à autorização prévia da **FIOSAÚDE**, que será dada após análise da indicação terapêutica fornecida pelo médico assistente.

§1º - Quando não se tratar de urgência ou emergência comprovada, a autorização para **qualquer tipo de cirurgia eletiva** deverá ser solicitada com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis, mediante pedido do médico assistente, laudo de exame complementar e descrição das órteses, e materiais especiais quando necessário.

§2º - No pedido médico, devidamente carimbado e assinado pelo solicitante, deverá constar descrição e código do procedimento a ser realizado com justificativa médica, local e data prevista para a internação.

§3º - Em caso de necessidade de prorrogação da internação, a Rede Credenciada apresentará à **FIOSAÚDE** o pedido de prorrogação, devidamente justificado pelo médico assistente, que será avaliado pela equipe médica da **FIOSAÚDE**.

§4º - Nos casos de urgência ou emergência, a autorização deverá ser solicitada

pela unidade hospitalar onde ocorreu a internação no 1º dia útil subsequente ao evento.

§5º - Nos casos de internação em que se utilize o sistema de reembolso, as obrigações descritas neste artigo ficam a cargo do beneficiário ou responsável.

Art. 29 - A **FIOSAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, auditar todos os procedimentos cobertos previstos neste regulamento, inclusive realizar perícia prévia.

§1º - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencer à rede credenciada do **PLANO**.

§2º - Em caso de divergência técnico-assistencial sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica/odontológica para a definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico/cirurgião-dentista da **FIOSAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **FIOSAÚDE**, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede credenciada, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

§3º - Os requisitos e procedimentos para instauração da junta acima mencionada será conforme disposto na regulamentação vigente.

Art. 30 - A FIOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

Parágrafo Único - O pagamento das despesas relativas aos eventos, serviços e/ou procedimentos não cobertos, entendidos esses como aqueles não descritos expressamente neste Regulamento e/ou não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, deverá ser efetuado diretamente pelo beneficiário ao prestador de serviço, sem direito a reembolso pelo PLANO.

Art. 31 - Todos os procedimentos de Prótese, Redução de luxação da ATM e Cirurgia Buco Maxilo necessitam de auditorias iniciais e finais, e autorização para serem realizados. Os demais procedimentos odontológicos podem ter auditoria aleatória ou não, a ser determinada pela área técnica responsável. A **FIOSAÚDE**

poderá, sempre que julgar necessário, solicitar que o beneficiário seja submetido à auditoria odontológica aleatória externa ou interna com profissionais credenciados. Compete ainda à **FIOSAÚDE** definir os procedimentos que estão sujeitos à auditoria externa e auditoria documental, interna na **FIOSAÚDE**, além dos determinados acima.

§1º - Não haverá cobertura pelo **PLANO**, caso o beneficiário realize os procedimentos previstos no *caput* deste artigo sem a devida autorização da **FIOSAÚDE**.

§2º - A auditoria final, quando prevista, deve ser realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis da finalização do tratamento, ficando o beneficiário sujeito a aplicação das penalidades previstas no presente Regulamento.

Seção IV

Coparticipação

Art. 32 - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário para a **FIOSAÚDE**, referente à utilização dos serviços cobertos, definida em termos fixos ou em percentuais.

Art. 33 - Além da mensalidade devida pelo Beneficiário, será cobrada coparticipação, mediante débito em conta ou boleto bancário emitido pela FIOSAÚDE ou outro instrumento de cobrança a ser definido pela FIOSAÚDE, quando da utilização destes serviços pelos beneficiários:

I- atendimentos ambulatoriais – consultas, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais e procedimentos odontológicos, no montante de 20% (vinte por cento) do custo final de cada evento;
II - internação para tratamento dos transtornos psiquiátricos, na forma prevista neste Regulamento.

§1º - Não haverá cobrança de coparticipação nos atendimentos médicos e odontológicos realizados em pronto atendimento, assim como em relação procedimentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise.

§2º - A participação eventualmente cobrada após o cancelamento da inscrição é de responsabilidade do respectivo Beneficiário Participante.

CAPÍTULO XIII

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 34 - O PLANO será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da regulação vigente, definidas pela ANS.

Art. 35 - O plano de custeio do PLANO previsto no Anexo I, obedecidas às normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

I - Mensalidades, em virtude da inscrição dos Beneficiários Participantes;

II - Coparticipação, em razão da utilização dos serviços pelos Beneficiários Participantes;

III - Resultado das aplicações financeiras dos recursos disponíveis do PLANO;

IV - Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias não previstas nos incisos precedentes, não onerosos para a FIOSAÚDE.

§1º - O Beneficiário Participante deverá pagar à FIOSAÚDE uma mensalidade definida em função da faixa etária em que se enquadrar, conforme plano de custeio do PLANO previsto no Anexo I, bem como os valores de coparticipação em decorrência da utilização dos serviços cobertos pelo PLANO, na forma estabelecida neste Regulamento.

§2º - Os Beneficiários participantes deverão efetuar os pagamentos dos valores devidos ao PLANO até o dia 10 (dez) de cada mês, por meio de débito em conta ou de boleto bancário, ficando reservado o direito da FIOSAÚDE de adotar outra forma de pagamento que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

§3º - Se o Beneficiário não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à FIOSAÚDE para que não se sujeite as consequências da mora.

§4º - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste Regulamento.

§5º - O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

Art. 36 - Em caso de inobservância do prazo estabelecido para pagamento das mensalidades e coparticipações, estas ficarão sujeitas à multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia.

CAPÍTULO XIV

REAJUSTE

Art. 37 - O plano de custeio do PLANO será objeto de avaliação atuarial anual visando ao seu equilíbrio financeiro, levando-se em conta a variação dos custos médico-hospitalares e odontológicos, a sinistralidade ocorrida, a inflação do período e o perfil da carteira de beneficiários, obedecendo aos normativos da ANS, tendo como data base para aplicação do reajuste o mês de março.

§1º - Os valores das mensalidades serão reajustados, anualmente, após aprovação pelo Conselho Deliberativo.

§2º - As adequações das mensalidades decorrentes da mudança de faixa etária dos beneficiários, se for o caso, não se confundem com o reajuste financeiro anual das mensalidades.

§3º - A data base para a aplicação do reajuste financeiro anual não é definida em função da época de adesão de cada beneficiário.

§4º - Os reajustes aplicados e os não aplicados serão comunicados a ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.

CAPÍTULO XV

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 38 - As mensalidades previstas no plano de custeio foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

Faixa Etária	% de variação

Até 18 anos	-
De 19 a 23 anos	5,00%
De 24 a 28 anos	9,52%
De 29 a 33 anos	13,04%
De 34 a 38 anos	19,23%
De 39 a 43 anos	29,03%
De 44 a 48 anos	22,50%
De 49 a 53 anos	22,45%
De 54 a 58 anos	40,00%
59 anos ou mais	42,86%

§1º - Quando a alteração da idade importar deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

§2º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observando-se as seguintes condições:

I. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

II. 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.

§3º - Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por faixa etária ao beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do PLANO.

CAPÍTULO XVI

DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

Art. 39 – Nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria do Beneficiário Titular, é garantido o direito de manutenção dos **Beneficiários Participantes**, pelo mesmo período de tempo que terá direito de manutenção o Beneficiário Titular.

§1º - O direito previsto no caput continuará existindo em caso de óbito do Beneficiário Titular mantido no **PLANO** pelo restante do período de tempo que teria direito caso não houvesse o óbito.

§2º - É assegurado aos **Beneficiários Participantes** vinculados ao **PLANO** o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

CAPÍTULO XVII

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Exclusão e Suspensão

Art. 40 - A perda da qualidade de Beneficiário Participante ocorrerá nas seguintes situações:

I - na hipótese do Beneficiário Participante deixar de atender as condições de elegibilidade para o ingresso e manutenção no PLANO;

II - no caso de falecimento do Beneficiário Participante;

III - por requisição do Beneficiário Titular ou do Beneficiário Participante;

IV - por cancelamento da inscrição Beneficiário Titular no plano de saúde da FIOSAÚDE destinado a essa categoria, ressalvado o direito de manutenção no PLANO dos Beneficiários Participantes já inscritos no caso de óbito do Beneficiário Titular, nos termos previstos neste Regulamento.

Parágrafo Único - As exclusões tratadas acima serão processadas no dia do recebimento da solicitação, obrigando-se o Beneficiário Participante a quitar os débitos pendentes e a contraprestação pecuniária do mês, exceto nos casos de falecimento em que será cobrada a mensalidade pro rata die.

Art. 41 - Poderá a INSTITUIDORA solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos Beneficiários Participantes, observada a legislação em vigor.

Art. 42 - A **FIOSAÚDE** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários Participantes, sem a anuência da **INSTITUIDORA**, nas seguintes hipóteses:

I - Em caso de fraude ao PLANO ou dolo;

II - Perda da qualidade de Beneficiário, no caso de 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 Beneficiário;

III - Interrupção do pagamento dos valores devidos ao PLANO (mensalidades e coparticipações), por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.

Parágrafo Único - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do **Beneficiário Participante** deverá ser comunicada ao **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

Art. 43 - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o beneficiário de quitar eventuais débitos com a FIOSAÚDE, incluídos os valores das mensalidades e das coparticipações.

Art. 44 - Não caberá devolução de quaisquer quantias pagas pelo **Beneficiário Participante** a título de contribuição ao **PLANO** em data anterior ao cancelamento de sua inscrição.

Seção II

Das Penalidades

Art. 45 - Nos casos comprovados de descumprimento das regras regulamentares, o Beneficiário será apenado com advertência formal.

Art. 46 - Nos casos comprovados de reincidência ou de fraude, apurados administrativamente, que causem prejuízo para o **PLANO**, o infrator será apenado com o cancelamento da inscrição, após deliberação da Diretoria Executiva da **FIOSAÚDE**.

Parágrafo Único - O uso indevido dos serviços assegurados pelo PLANO sujeitará o beneficiário às sanções previstas neste Regulamento e ao pagamento integral das despesas efetuadas, acrescidas do ressarcimento dos encargos suportados pelo PLANO, despesas efetuadas na apuração dessa condição de uso, além de taxa de administração de 15% (quinze por cento), afora as penalidades previstas neste Regulamento, na lei civil e no Regulamento de Pessoal da respectiva INSTITUIDORA, quando for o caso.

CAPÍTULO XVIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47 – Os beneficiários do **PLANO** estão isentos do cumprimento de cobertura parcial temporária no caso de doenças e lesões preexistentes.

Art. 48 - A **FIOSAÚDE** poderá, em casos específicos e a seu critério, celebrar acordos com instituições e/ou contratar os serviços de empresas especializadas para viabilização da prestação dos serviços previstos neste Regulamento, nas localidades em que o número de beneficiários for insuficiente para a criação de uma rede credenciada adequada, observada a regulamentação da ANS.

Art. 49 - A **FIOSAÚDE** terá, em todos os casos e a qualquer tempo, o direito de verificar, por profissional de saúde de sua confiança, as condições de saúde do beneficiário, bem como acompanhar a realização da internação, da intervenção cirúrgica e do tratamento pós-operatório.

Art. 50 - Nenhuma responsabilidade caberá à **FIOSAÚDE** por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, danosos aos beneficiários, resultante de procedimentos médicos, odontológicos, hospitalares ou laboratoriais, prestados em hospital, clínica, serviço de diagnóstico, consultório ou locais congêneres, por livre escolha do beneficiário da **FIOSAÚDE**.

Art. 51 - Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na aplicação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Colegiada, *ad referendum* do Conselho Deliberativo.

Art. 52 - O Conselho Deliberativo baixará Atos Normativos Complementares à execução desse Regulamento e eventuais alterações que se fizerem necessárias, que serão amplamente divulgadas.

Art. 53 - Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio.

Art. 54 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 55 - A **FIOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer

serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 56 - Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Participante para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Rio de Janeiro, 01 de março de 2023.

Caixa de Assistência Oswaldo Cruz FioSaúde

REGULAMENTO DO PLANO FUNDAMENTAL FAMÍLIA

ANEXO I
PLANO DE CUSTEIO

1 – O PLANO FUNDAMENTAL FAMÍLIA, registro ANS nº 494.648/23-1, é custeado pela tabela de mensalidades transcrita a seguir, aprovada pelo Conselho Deliberativo da FIOSAÚDE, cujos valores foram fixados em razão da idade do beneficiário inscrito:

Faixa Etária	VALOR
0 a 18 anos de idade	R$ 257,06
19 a 23 anos de idade	R$ 269,91
24 a 28 anos de idade	R$ 295,61
29 a 33 anos de idade	R$ 334,17
34 a 38 anos de idade	R$ 398,42
39 a 43 anos de idade	R$ 514,10
44 a 48 anos de idade	R$ 629,76
49 a 53 anos de idade	R$ 771,14
54 a 58 anos de idade	R$ 1.079,62
59 anos e acima	R$ 1.542,30

2 – Além das mensalidades, haverá coparticipação das despesas quando da utilização pelos beneficiários dos procedimentos cobertos, de acordo com o disposto no Regulamento.

3 – Os valores estabelecidos no Plano de Custeio mencionados no item 1 acima possuem data de referência de 01 de março de 2025 e poderão sofrer modificações conforme regras estabelecidas no Regulamento.