# Total Saúde I

# REGULAMENTO

TOTAL SAÚDE

Plano de Atenção Integral

Caixa de Assistência Oswaldo Cruz • ANO 2022

FioSaúde

# REGULAMENTO DO PLANO FIOSAÚDE TOTAL SAÚDE I

## CAPÍTULO I

## CARACTERÍSTICAS GERAIS

**Art. 1º -** A **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, no cumprimento das normas da ANS relativas às Operadoras, é instituição que ofertará e gerenciará o **PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE** objeto deste Regulamento, doravante denominado **PLANO**.

**Art. 2º -** São **PATROCINADORAS** do **PLANO**:

**I -** A Fundação Oswaldo Cruz – **FIOCRUZ**, CNPJ nº 33.781.055/0001-35, sediada na Av. Brasil n° 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, CEP 21040-360;

**II -** A própria Caixa de Assistência Oswaldo Cruz – **FIOSAÚDE**.

**III -** As Patrocinadoras por Adesão.

**§1º -** Para todos os fins previstos neste regulamento, a **PATROCINADORA** prevista no inciso I deste artigo é considerada como **PATROCINADORA FUNDADORA.**

**§2º -** Para todos os fins previstos neste regulamento, a **PATROCINADORA** prevista no inciso II deste artigo é considerada como **PATROCINADORA POR ADESÃO ESPECIAL.**

**§3º -** Consideram-se **PATROCINADORAS POR ADESÃO** as instituições que, na forma da Lei e do Estatuto, firmem Convênio com a **FIOSAÚDE**, com aprovação do Conselho Deliberativo, para fins de oferta dos benefícios de assistência à saúde tratada por este Regulamento, nos termos da legislação aplicável.

**§4º -** As **PATROCINADORAS** relacionadas neste artigo se reuniram para contratar o **PLANO** na forma admitida no inciso I, do art. 23, da Resolução Normativa da ANS nº 195, de 2009, sendo considerada uma única contratação para todos os fins, inclusive no que tange as regras de custeio, reajuste e de isenção de carências.

**Art. 3º -** O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **TOTAL SAÚDE I** e está registrado na ANS sob o nº. **482.043/18-6**, possuindo como Características Gerais:

**I -** **Tipo de Contratação**: Coletivo Empresarial;
**II -** **Segmentação Assistencial**: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica;
**III -** **Área Geográfica de Abrangência**: 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 plano de saúde aos servidores ativos e inativos, seus Dependentes e Pensionistas vinculados aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, nos termos da Lei nº. 8.112/1990, da Portaria Normativa nº 01/2017, editada pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – SEGRT/MPDG.

**§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 GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO DO PLANO:** definida neste Regulamento: território dentro do 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, hospitalares ou odontológicos 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-** **CURSO REGULAR RECONHECIDO PELO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**: cursos que conferem titulação como Ensino Médio, Graduação, Pós-Graduação, Lato Sensu e Pós-Doutorado Stricto Sensu com Mestrado e Doutorado;

X- **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO – DUT:** estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, 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;

XI- **OPME**: Órtese, Prótese e Materiais Especiais;

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

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

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

XV- **REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**: rede de prestadores de serviços que contempla a atenção primária à saúde, sendo a porta de entrada para o atendimento do Beneficiário. A rede atua de forma resolutiva sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade mediante o direcionamento, formando assim, uma rede integrada de serviços;

XVI- **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;

XVII- **TABELA DE REFERÊNCIA**: relação de preços de serviços médicos, hospitalares e odontológicos praticados pelo **PLANO**;

XVIII- **UNIÃO ESTÁVEL**: é a convivência duradoura, pública e contínua, entre dois indivíduos, estabelecida com o objetivo de constituição de família.

**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 -** Poderão se inscrever no **PLANO**:

**I.** Na Qualidade de **Beneficiário Titular**:

**a)** Os ocupantes de cargo efetivo, cargo comissionado ou de natureza especial, vinculados à **PATROCINADORA FUNDADORA**;

**b)** Os servidores inativos da **PATROCINADORA FUNDADORA**.

**II.** Na Qualidade de **Beneficiário Titular Especial:**

**a)** Os Empregados ativos da **PATROCINADORA POR ADESÃO ESPECIAL** e **PATROCINADORA POR ADESÃO**.

**III.** Na Qualidade de **Beneficiário Dependente do Beneficiário Titular e do Beneficiário Titular Especial**:

**a)** O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável;

**b)** O companheiro ou companheira de união estável homoafetiva;

**c)** A pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia,

**d)** Os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

**e)** Os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do Beneficiário Titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

**f)** O menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

**IV.** Na Qualidade de **Pensionista**:

**a)** Pensionistas vinculados à **PATROCINADORA FUNDADORA**.

**§1º -** Equipara-se ao servidor previsto no inciso I deste artigo o ocupante de emprego público vinculado à **PATROCINADORA FUNDADORA**.

**§2º - A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.**

**§3º - Para a inscrição do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será necessário o preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento, que implica a autorização expressa e automática de que suas contribuições mensais e demais encargos sejam consignados na respectiva folha de pagamentos.**

**§4º - A inscrição do cônjuge ou do companheiro, nos termos descritos no inciso III alínea 'a' e 'b' deste artigo, impede a inscrição, como Dependente, da pessoa separada judicialmente ou divorciada com percepção de pensão alimentícia**.

**§5º -** Caberá às **PATROCINADORAS** encaminharem à **FIOSAÚDE** as solicitações de inscrição dos beneficiários, por meio de envio dos Termos de Adesão devidamente preenchidos, bem como remeter os pedidos de exclusão, suspensão e alteração de modalidade do plano, até o último dia útil de cada mês, podendo o Convênio delegar essas funções nos termos nele previstos.

**§6º -** Caberá, ainda, às **PATROCINADORAS,** sempre que solicitado pela **FIOSAÚDE**, a apresentação de documentos que comprovem o vínculo empregatício do Beneficiário Titular com ela própria e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes com o Titular, após a análise da dependência econômica, quando for o caso, o que não exime o Beneficiário Titular de cumprir com a exibição desses documentos quando solicitado.

**§7º -** É dever do Beneficiário Titular manter atualizadas suas informações cadastrais e a de seus Dependentes perante a **PATROCINADORA** e a **FIOSAÚDE**.

**§8º -** A inclusão de Dependente 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.

**§9º** - Serão mantidos na **FIOSAÚDE** na qualidade de Titular, servidores aposentados da Fundação Oswaldo Cruz antes da vigência do Regime Jurídico Único, desde que inscritos até 31/12/1997.

**Art. 7º -** Após o falecimento do Beneficiário Titular vinculado à **PATROCINADORA**, os Dependentes referidos no inciso III do art. 6º poderão permanecer no **PLANO** de que trata este Regulamento, na condição de beneficiário, mediante opção a ser efetivada junto à **PATROCINADORA**.

**§1º -** Caberá à **PATROCINADORA** comunicar o falecimento do Beneficiário Titular ou do Pensionista à **FIOSAÚDE** na data de ciência do falecimento.

**§2º -** A **PATROCINADORA** deverá comunicar os Dependentes da possibilidade de permanência no **PLANO**, de forma inequívoca.

**§3º -** A opção de permanência no **PLANO** deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o §1º deste artigo.

**§4º -** Os Dependentes que optarem por permanecer no **PLANO**, na forma deste artigo, deverão assumir integralmente o seu custeio, exceto na qualidade de Pensionista.

**Art. 8º -** 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 cumpridos pelo beneficiário adotante.

**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. 9º -** 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. 10 -** 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;

**I.1)** 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 vigente à época do evento, quando for o caso**;

**III-** Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, **exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente**;

**IV-** Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, de acordo com o 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;

**V-** Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e nas Diretrizes de Utilização (DUT), que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

**VI-** 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;

**VII-** Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

**VIII-** Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos 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, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;

**IX-** Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeito 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 vigente na data do evento;

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

**XI-** Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

**XII-** Hemoterapia ambulatorial;

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

## Seção II
## Das Coberturas Hospitalares

**Art. 11 -** 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 de todas as 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:

**III.1)** 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,

**III.2)** 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, respeitando-se a segmentação hospitalar.

**IV-** Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução 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.

**VI.1)** 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 portador de necessidades especiais, salvo contraindicação 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;

**IX.1)** 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;

**IX.2)** O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação 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**;

**IX.3)** Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a **FIOSAÚDE**, deverão ser observadas as regras estabelecidas na regulamentação da ANS para solução do impasse;

**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;

**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;

**XI.1)** O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente 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 considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

**a)** Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

**b)** Quimioterapia oncológica ambulatorial;

**c)** Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

**d)** Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações **ambulatorial e hospitalar**;

**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)** Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

**i)** Radiologia intervencionista;

**j)** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

**k)** 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;

d.1) **os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente**;

**e) o beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá,**

**obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção**;

**f)** as entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;

**g)** 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 (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou **no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**

**XVIII-** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias**.

**Art. 12 -** 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 quando houver indicação do médico assistente;

**II-** Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

**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;

**III.1)** 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- Haverá coparticipação progressiva, observados os tetos normativos editados pela ANS vigentes à época, 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:**

**IV.1) 20% (vinte por cento) entre 31 (trinta e um) e 60 (sessenta) dias;**

**IV.2) 35% (trinta e cinco por cento) entre 61 (sessenta e um) e 90 (noventa) dias;**

**IV.3) 50% (cinquenta por cento) acima de 90 (noventa dias).**

**Art. 13 -** 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 com ou sem a participação de profissional médico anestesista, **caso haja indicação clínica**;

**III-** Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, **caso haja indicação clínica**;

**IV-** Taxas, materiais, contrastes e medicamentos 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 registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

**V-** Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação, ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

**VI-** Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

## Seção III
## Das Coberturas Odontológicas

**Art. 14 -** 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 inicial;
- **b)** Condicionamento em odontologia;
- **c)** Teste de fluxo salivar;
- **d)** Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
- **e)** Teste de PH salivar (acidez salivar);
- **f)** 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 unirradicular em dentes permanentes;

**f)** Retratamento endodôntico birradicular em dentes permanentes;
**g)** Retratamento endodôntico multirradicular em dentes permanentes;
**h)** Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
**i)** Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
**j)** Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
**k)** Remoção de núcleo intra-canal;
**l)** 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 buxo-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 rânula 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. 15 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, a Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 01/2017, 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 ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO, e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*);**

**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, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**

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

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

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

**XIV- Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**

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

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

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

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

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

**XX- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**

**XXI- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por prestadores não credenciados ao PLANO, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Regulamento;**

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

**XXIII- 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;**

**XXIV- Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**

**XXV- Avaliação pedagógica;**

**XXVI- Orientações vocacionais;**

**XXVII- Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**

**XXVIII- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**

**XXIX- Cirurgia para mudança de sexo;**

**XXX- Remoção domiciliar;**

**XXXI- Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação têmporo-mandibular);**

**XXXII- Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;**

**XXXIII- Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;**

**XXXIV- Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;**

**XXXV- Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;**

**XXXVI- Transplantes ósseos;**

**XXXVII- Enxertos ósseos e biomateriais;**

**XXXVIII- Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;**

**XXXIX- Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;**

**XL- Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;**

**XLI- Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;**

**XLII- Cirurgias odontológicas a laser;**

**XLIII- Clareamento dentário;**

**XLIV- Tomografia Cone Bean;**

**XLV- Ossos do banco de ossos, Plasma Rico em Plaquetas (PRP), fatores de crescimento e fatores de agregação plaquetária, enxerto de calota craniana e materiais reabsorvíveis;**

**XLVI- Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

## CAPÍTULO VII
## DURAÇÃO DO REGULAMENTO

**Art. 16 -** O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 28/12/2018.

**Parágrafo Único -** A data de início de vigência da adesão do beneficiário ao **PLANO se dará no primeiro dia do mês seguinte ao do recebimento do Termo de Adesão pela FIOSAÚDE,** nos termos deste Regulamento.

## CAPÍTULO VIII
## PERÍODOS DE CARÊNCIA

**Art. 17 - 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 inicial, 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 ao PLANO, que se dará no primeiro dia do mês seguinte ao do recebimento do Termo de Adesão pela FIOSAÚDE.**

**§2º - Nos casos de afastamento de servidor do país, não inferior a 06 (seis) meses, o servidor 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. 18 - É isento do cumprimento dos períodos de carência:**

- **I- O Beneficiário Titular e seus Dependentes, se a adesão ao PLANO ocorrer até 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio ou da vinculação do Titular à PATROCINADORA;**
- **II- o Beneficiário Dependente cuja inscrição no PLANO ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data em que tornar elegível para o PLANO;**
- **III- O Pensionista que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor.**

**§1º - Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no inciso II, exemplificativamente, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data da declaração oficial da união estável para a inscrição de companheiro, a data do nascimento para a inscrição de filho ou neto recém-nascido, dentre outras.**

**§2º - 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. 19 -** 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;
**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. 20 -** 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. 21 -** Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

**§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. 22 -** 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. 23 –** A **FIOSAÚDE** assegurará o reembolso 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 casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelo PLANO, respeitados os limites financeiros dispostos neste Capítulo.**

**§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)** Comprovantes de pagamentos:

**b.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;

**b.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 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, de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais; com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e

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

**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.

**§2º - A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do beneficiário.**

**§3º -** Para fins de reembolso, o Titular e o Pensionista deverão apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, **sob pena de perder o direito ao reembolso**.

**§4º -** Para as solicitações de reembolso, aplicam-se todas as regras previstas pela **FIOSAÚDE** aos procedimentos realizados por profissionais, entidades credenciadas ou contratados, quando for o caso.

**§5º - Não poderão ser reembolsadas despesas com procedimentos não cobertos ou prestados por profissionais ou estabelecimentos conveniados ao PLANO.**

**§6º -** 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.

**§7º -** O reembolso será feito através de depósito na conta corrente do Beneficiário Titular.

**§8º - 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.**

**§9º - Não há cobertura de reembolso para despesas com atendimento eletivo, bem como para atendimentos realizados fora da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO.**

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

**§11 - 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. 24 -** Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento, a **FIOSAÚDE** disponibilizará 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 do Titular ou Pensionista 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 Titular ou Pensionista, 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** terão seus Cartões de Identificação recolhidos pelas **PATROCINADORAS**, que os devolverão à **FIOSAÚDE**.

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

**Seção II**
**Padrão de Acomodação**

**Art. 25 -** 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. 26 - A assistência à saúde será prestada aos beneficiários através da rede assistencial credenciada pela FIOSAÚDE, obedecidas às determinações deste Regulamento, priorizando a atenção primária à saúde, conforme especificado a seguir:**

**I- Consultas: são garantidas as consultas em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sendo que, nas regiões (municípios e seus limítrofes) em que houver rede de atenção primária definida, o atendimento deve ser realizado previamente, de forma obrigatória, com o médico referência disponível nas clínicas indicadas pela FIOSAÚDE, que procederá com a indicação ao especialista, quando cabível;**

**II- Consultas/sessões com nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no consultório ou na clínica do profissional indicado pela FIOSAÚDE, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO,** ressalvados os casos de urgência ou de emergência**;**

**III- Exames complementares e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela FIOSAÚDE, dentre aqueles pertencentes**

**à rede credenciada do PLANO,** ressalvados os casos de urgência ou de emergência**;**

IV- **Atendimentos clínicos, cirúrgicos, demais terapias e demais coberturas ambulatoriais: Após a autorização prévia, os Beneficiários serão atendidos no prestador indicado pela FIOSAÚDE, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada do PLANO,** ressalvados os casos de urgência ou de emergência**.**

**§1º - Nos casos em que houver rede de atenção primária definida, é considerado uso indevido o acesso direto do beneficiário ao especialista, sem a indicação prévia do médico referência de que trata o inciso I do *caput* deste artigo,** ressalvadas as situações comprovadas de urgência ou de emergência**.**

**§2º - É facultado à FIOSAÚDE direcionar a realização de exames, internações e demais procedimentos a prestadores específicos, respeitando os prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na regulamentação da ANS, independente de possuir ou não outros prestadores credenciados disponíveis em sua rede.**

**Art. 27 –** A **FIOSAÚDE** irá garantir a oferta de canal telefônico para orientação em saúde aos Beneficiários por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana (Central de Orientação em Saúde), sendo, nos casos de urgência e emergência, facultada à **FIOSAÚDE**, a seu exclusivo critério, remover o Beneficiário via terrestre, mediante avaliação da área técnica e o consentimento necessário.

**Art. 28 -** A cobertura para todos os atendimentos garantidos pelo **PLANO** está condicionada à autorização prévia da **FIOSAÚDE**, que ocorrerá mediante 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.

**§4º -** Após a autorização prévia, o beneficiário será atendido no prestador de serviços indicado pela **FIOSAÚDE**, dentre aqueles pertencentes à rede credenciada deste **PLANO**.

**Art. 29 –** A autorização prévia prevista no artigo anterior para os casos de internação, sejam elas clínicas ou cirúrgicas, bem como em eventos em que esteja prevista a utilização de órteses, próteses, materiais especiais, deverá ser solicitada à **FIOSAÚDE**, mediante pedido do médico assistente, laudo de exame complementar e descrição das órteses, e materiais especiais quando necessário, sendo que a resposta da **FIOSAÚDE** observará os prazos estabelecidos na regulamentação da ANS.

**§1º -** 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.

**§2º -** 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**.

**§3º -** 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.

**§4º -** Na internação decorrente da situação prevista no art. 23 do presente Regulamento, as obrigações descritas neste artigo ficam a cargo do beneficiário ou responsável.

**§5º -** Durante a internação do beneficiário, em qualquer caso, considerando as regras de direcionamento estabelecidas neste instrumento, é assegurado à **FIOSAÚDE** o direito de remover o beneficiário de um hospital credenciado para outro hospital credenciado, desde que o novo hospital disponha dos recursos necessários para continuidade da assistência ao beneficiário e sejam atendidas as disposições da ANS em vigor para remoção.

**Art. 30 -** Todos os procedimentos de Prótese, Redução de luxação da ATM e Cirurgia Buco Maxilo necessitam de auditoria iniciais e finais, bem com de autorização para serem realizados, com envio de documentação obrigatória para análise (*check list* CTBMF, disponível no Portal) nos casos de cirurgia e de traumatologia Buco Maxilo Facial. 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.

**Art. 31 -** A **FIOSAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, auditar todos os procedimentos cobertos previstos neste regulamento, inclusive realizar perícia prévia.

**§1º -** A cobertura do **PLANO** está restrita aos serviços realizados por profissionais integrantes da rede de prestadores de serviços da **FIOSAÚDE**, sendo admitida, contudo, a solicitação de serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencer à rede credenciada do **PLANO**. Nesse caso, deve o beneficiário entrar em contato com a **FIOSAÚDE** para obter orientações e indicação do prestador integrante da rede credenciada que irá realizar os procedimentos solicitados.

**§2º - Em caso de divergência médica ou odontológica sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, será garantida a instauração de junta médica/odontológica, para 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 prevista neste artigo serão conforme disposto na regulamentação vigente.**

**Art. 32 -** A rede de atenção primária e a rede credenciada estão disponíveis no portal da **FIOSAÚDE** (www.fiosaude.org.br), podendo ser consultada por meio dos canais de atendimento da **FIOSAÚDE**.

**Parágrafo Único -** A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, 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, **ressalvados 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. 33 – Não se aplica a livre escolha de prestadores a este PLANO, devendo os atendimentos serem realizados exclusivamente junto a rede de prestadores de serviços disponibilizada pela FIOSAÚDE para este produto e observando as regras estabelecidas neste Regulamento. O PLANO não garantirá o reembolso de atendimentos realizados pelo Beneficiário em caráter particular.**

**Art. 34 -** 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 FIOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.**

**§3º -** 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 que haja qualquer responsabilidade do **PLANO**.

**§4º -** 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, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

## Seção IV
## Coparticipação

**Art. 35 -** Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular ou Pensionista para a **FIOSAÚDE**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

**Art. 36 - Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular ou Pensionista, será cobrada coparticipação prevista a seguir, incidente sobre o valor da despesa, mediante desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança a ser definido pela FIOSAÚDE, quando da utilização destes serviços pelos beneficiários:**

**I- 10% (dez por cento) nas consultas eletivas realizadas com o médico especialista;**

**II- 30% (trinta por cento) nos demais atendimentos ambulatoriais médicos: consultas médicas realizadas no pronto atendimento, consultas com outros profissionais, exames, terapias e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive em urgências e emergências;**

**III- 20% (vinte por cento) nos atendimentos odontológicos, inclusive em urgências e emergências.**

**§1º - Também haverá coparticipação nos casos de internação para tratamento dos transtornos psiquiátricos na forma prevista neste Regulamento.**

**§2º - Não haverá coparticipação nas consultas eletivas realizadas com o médico referência, bem como as consultas de urgência e emergência que tenham sido realizadas em prestadores direcionados pela Central de Orientação em Saúde da FIOSAÚDE.**

**§3º - Os exames, terapias e demais procedimentos ambulatoriais solicitados por médico referência ou especialista da rede do PLANO terão coparticipação de 10% (dez por cento).**

**§4º -** A participação eventualmente cobrada após o cancelamento da inscrição é de responsabilidade do respectivo Titular.

## CAPÍTULO XIII
## FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

**Art. 37 -** O **PLANO** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da regulação vigente definida pela ANS.

**Art. 38 -** 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-** Valores repassados pelas **PATROCINADORAS**, conforme legislação vigente e convênios celebrados;
**II-** Contribuição Mensal dos Beneficiários Titulares ou Pensionistas, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes;
**III-** Coparticipação do beneficiário, em razão da utilização dos serviços;
**IV-** Resultado das aplicações financeiras dos recursos disponíveis do **PLANO**;

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

**Art. 39 -** Caberá ao Beneficiário Titular ou Pensionista da **PATROCINADORA FUNDADORA** a responsabilidade de verificar o efetivo desconto em folha de pagamento/provento, de sua contribuição mensal e de seus Dependentes, assim como das eventuais coparticipações.

**§1º -** As contribuições mensais e eventuais coparticipações que, por qualquer motivo, não forem descontadas, integral ou parcialmente, em folha de pagamento/provento, deverão ser quitadas até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que competem, via débito em conta ou boleto bancário emitido pela **FIOSAÚDE**.

**§2º -** Em caso de suspensão ou supressão do repasse de valores pela **PATROCINADORA FUNDADORA**, os Beneficiários Titulares assumirão integralmente os encargos relativos ao custeio do **PLANO**, por si e por seus Dependentes inscritos.

**Art. 40 -** O pagamento à **FIOSAÚDE** pelos serviços prestados aos beneficiários da **PATROCINADORA POR ADESÃO ESPECIAL** e **PATROCINADORES POR ADESÃO** é de responsabilidade da respectiva **PATROCINADORA**, que deverá proceder ao repasse do valor integral das mensalidades e coparticipações até o segundo dia útil após o desconto em folha.

**Art. 41 –** O Beneficiário licenciado, afastado ou com contrato suspenso, bem como os Beneficiários que venham a se desligar das **PATROCINADORAS**, por exoneração ou rescisão sem justa causa, e que requererem a manutenção no **PLANO**, nos termos dispostos neste Regulamento, deverão efetuar os pagamentos de suas contribuições mensais até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que competem, via débito em conta ou boleto bancário emitido pela **FIOSAÚDE**.

**Art. 42 -** 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. 43 - 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 anual das mensalidades.**

**§3º - A data base para a aplicação do reajuste 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. 44 - 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:**

| | Faixas Etárias: | % de variação |
|---|---|---|
| I- | 0 a 18 anos de idade | - % |
| II- | 19 a 23 anos de idade | 5,0% |
| III- | 24 a 28 anos de idade | 9,5% |
| IV- | 29 a 33 anos de idade | 13,0% |
| V- | 34 a 38 anos de idade | 19,2% |
| VI- | 39 a 43 anos de idade | 29,0% |
| VII- | 44 a 48 anos de idade | 22,5% |
| VIII- | 49 a 53 anos de idade | 22,4% |
| IX- | 54 a 58 anos de idade | 40,0% |
| X- | 59 anos e acima | 42,9% |

**§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.**

## CAPÍTULO XVI
## DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

### Seção I
### Do Demitido

**Art. 45 -** Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo mantido junto às **PATROCINADORAS**, no caso de exoneração, redistribuição ou demissão, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com as **PATROCINADORAS**, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, acrescido do valor de responsabilidade das **PATROCINADORAS**, obedecido ao disposto no art. 30 da Lei nº 9.656/98.

**§1º -** Para fins do direito de manutenção previsto no presente Regulamento, entende-se por exonerado ou demitido sem justa causa o beneficiário cujo vínculo laboral foi extinto por iniciativa da **PATROCINADORA** sem qualquer causa justificadora da rescisão.
**§2º -** O período de manutenção da condição de Beneficiário Titular será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o **PLANO**, com

um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses).

**§3º -** O Titular deve optar pela manutenção no **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, sendo que, no caso do demitido ou exonerado, esse prazo será contado da comunicação da **PATROCINADORA** quanto ao direito de manutenção da condição de beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

**§4º -** O direito garantido nesta Seção será assegurado ainda que o beneficiário não esteja contribuindo para o **PLANO** no momento da perda do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que em algum momento tenha contribuído para o **PLANO**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **PLANO**.

**§5º -** O Titular que não contribuir para o **PLANO**, durante o período que mantiver o vínculo com a **PATROCINADORA**, não terá direito à permanência de que trata essa Seção, após a perda do vínculo.

**§6º -** O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- **I-** Quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à **FIOSAÚDE**;
- **II-** Decurso dos prazos de manutenção previstos nesta Seção.

## Seção II
## Do Aposentado

**Art. 46 -** Ao aposentado que contribuir para o **PLANO**, em decorrência de vínculo empregatício ou estatuário mantido junto às **PATROCINADORAS**, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **por prazo indeterminado, desde que assuma o seu pagamento integral, quando não houver repasse pela PATROCINADORA.**

**§1º -** O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da **PATROCINADORA**, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

**§2º -** Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na **PATROCINADORA**, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.
**§3º -** Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **PATROCINADORA**, antes do exercício do direito previsto nesta Seção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, desde que assumam as responsabilidades financeiras.

## Seção III
## Das Disposições Comuns

**Art. 47 -** O **PLANO** tratado neste Regulamento destina-se a categoria de beneficiários ativos e ex-empregados demitidos, exonerados e aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

**§1º -** A manutenção da condição de beneficiário prevista neste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do próprio titular.

**§2º -** O ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

**§3º -** Em caso de óbito do ex-empregado, é garantida a permanência no **PLANO** dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o ex-empregado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto a **FIOSAÚDE** sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do **PLANO**.

**§4º -** As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

**§5º -** O direito de manutenção no **PLANO** deixará de existir com o cancelamento pela **PATROCINADORA** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

**Art. 48 -** Nos planos coletivos custeados integralmente pela **PATROCINADORA**, não é considerada contribuição a coparticipação do beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde, e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do **PLANO** em relação aos dependentes.

**Art. 49 -** É assegurado ao demitido, exonerado e aposentado e a seus dependentes vinculados ao **PLANO**, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

**Art. 50 -** Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

## CAPÍTULO XVII
## CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**Art. 51 - Caberá à PATROCINADORA solicitar a exclusão de beneficiários, inclusive nas seguintes situações:**

**I - perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no PLANO previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;**

**II - perda da qualidade de Pensionista ou de Dependente, caso deixe 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.**

**Art. 52 - Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO, caberá às PATROCINADORAS, obrigatória e expressamente, informar à FIOSAÚDE:**

**I - Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;**

**II - Se o beneficiário excluído trata de empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;**

**III - Se o beneficiário demitido ou exonerado contribuía para o pagamento do PLANO;**

**IV - Por quanto tempo o beneficiário demitido ou exonerado contribuiu para o pagamento do PLANO;**

**V - Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.**

**Parágrafo Único - Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares do PLANO mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas neste artigo (quando aplicável).**

**Art. 53 -** A **FIOSAÚDE** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da **PATROCINADORA**, nas seguintes hipóteses:

**I-** **Em caso de fraude ao PLANO ou dolo**;

**II-** **Perda da qualidade de Titular**, ressalvado o direito de manutenção no **PLANO** previsto no artigo 30 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;

**III-** **Perda da qualidade de Dependente**, 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 Dependente;

**IV-** **Perda da qualidade de Pensionista**;

**V-** **Interrupção do pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições e coparticipações)**, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.

**§1º -** A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Beneficiário Titular ou Pensionista ao **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

**§2º -** Considera-se perda da qualidade de Beneficiário Titular:

**I-** Falecimento;

**II-** Evento ou ato que implique a suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporária;
**III-** Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
**IV-** Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo **PLANO**;
**V-** Licença sem remuneração;
**VI-** Decisão administrativa ou judicial;
**VII-** Voluntariamente, por opção do beneficiário;
**VIII-** Outras situações previstas em Lei ou em normas da ANS.

**§3º -** No caso de licença sem remuneração, afastamento legal ou suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor poderá optar por permanecer no **PLANO**, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto na legislação aplicável. A opção pela permanência do licenciado deverá ser formalizada no prazo de 30 (trinta) dias contados de seu afastamento.

**§4º -** Caberá ao Beneficiário Titular comunicar em até 30 (trinta) dias o seu retorno para a folha de pagamentos da **PATROCINADORA**.

**Art. 54 -** É vedada a exclusão de beneficiário da **PATROCINADORA FUNDADORA** em decorrência da insuficiência de margem consignável do Titular.

**Parágrafo Único. Durante o período de insuficiência da margem consignável, o Beneficiário Titular não se exime de quitar os débitos de sua responsabilidade, incluídos os valores das contribuições mensais e das coparticipações, sob pena de a inadimplência gerar os efeitos previstos neste Regulamento.**

**Art. 55 - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o beneficiário de quitar eventuais débitos com a FIOSAÚDE, incluídos os valores das contribuições mensais e das coparticipações.**

**Art. 56 - A exclusão do Beneficiário Titular implicará a exclusão de todos os seus Dependentes, ressalvado o direito de manutenção previsto no presente Regulamento.**

**Art. 57 -** Ocorrendo perda da condição de Beneficiário Titular, definitiva ou provisória, e sendo o cônjuge ou o companheiro servidor ou empregado da instituição e usuário do **PLANO**, poderá ser transferida para ele, mediante manifestação formal, a responsabilidade da inscrição dos demais Dependentes, observadas as exigências e limitações regulamentares.

**Seção I**
**Das Penalidades**

**Art. 58 -** Nos casos comprovados de descumprimento das regras regulamentares o Beneficiário Titular será apenado com advertência formal.

**Art. 59 -** 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 de todo o grupo familiar, após deliberação da Diretoria Executiva da **FIOSAÚDE**.

**Parágrafo Único. O uso indevido dos serviços assegurados pelo PLANO por qualquer beneficiário sujeitará o Beneficiário Titular 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 PATROCINADORA, quando for o caso.**

## CAPÍTULO XVIII
## DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 60 –** Os beneficiários do **PLANO** estão isentos do cumprimento de cobertura parcial temporária no caso de doenças e lesões preexistentes.

**Art. 61 -** 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. 62 -** 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. 63 -** 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. 64 -** Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na aplicação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Colegiada, *ad referendum* do Conselho Deliberativo.

**Art. 65 -** O Conselho Deliberativo baixará Atos Normativos Complementares à execução desse Regulamento e eventuais alterações que se fizerem necessárias, que serão amplamente divulgadas.

**Art. 66 -** 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. 67 -** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**Art. 68 -** A **FIOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

**Art. 69 -** Fica eleito o foro do domicílio do Beneficiário Titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2022.

José Antônio Diniz de Oliveira
Diretor-Presidente
Caixa de Assistência Oswaldo Cruz
FioSaúde

## REGULAMENTO DO PLANO TOTAL SAÚDE I

## ANEXO I
## PLANO DE CUSTEIO

**1- O PLANO TOTAL SAÚDE I, registro ANS nº 482.043/18-6, 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$ 289,93 |
| 19 a 23 anos de idade | R$ 304,43 |
| 24 a 28 anos de idade | R$ 333,42 |
| 29 a 33 anos de idade | R$ 376,90 |
| 34 a 38 anos de idade | R$ 449,39 |
| 39 a 43 anos de idade | R$ 579,86 |
| 44 a 48 anos de idade | R$ 710,33 |
| 49 a 53 anos de idade | R$ 869,79 |
| 54 a 58 anos de idade | R$ 1.217,71 |
| 59 anos e acima | R$ 1.739,58 |

**2- Haverá contribuição mensal da PATROCINADORA para o custeio do PLANO dos beneficiários, nos termos e condições estabelecidos no respectivo Convênio.**

**3- A diferença entre o valor da mensalidade e o valor da contribuição mensal da PATROCINADORA (1-2) corresponderá à contribuição mensal de responsabilidade do Beneficiário Titular ou Pensionista.**

**4- Além das mensalidades, haverá coparticipação das despesas**

**quando da utilização pelos beneficiários dos procedimentos cobertos, de acordo com o disposto no Regulamento.**

**5- Os valores estabelecidos no Plano de Custeio possuem data de referência de março de 2025 e poderão sofrer modificações conforme regras estabelecidas no Regulamento.**