

REGULAMENTO

Caixa de Assistência Oswaldo Cruz

Plano Básico



Foto: Ilker / sxc.hu

FioSaúde

ANO 2014

REGULAMENTO DO PLANO FIOSAÚDE BÁSICO

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GERAIS

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

Art. 2º - São PATROCINADORAS do PLANO:

I - 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 - Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social **FIOPREV**, CNPJ nº 28.954.717/0001-91, sediado na Av. Brasil n 4.036, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, CEP 21040-361;

III - A própria Caixa de Assistência Oswaldo Cruz **FIOSAÚDE**.

§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, as **PATROCINADORAS** previstas nos incisos II e III deste artigo são consideradas como **PATROCINADORAS POR ADESÃO ESPECIAIS**.

§3º - 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 às regras de custeio, reajuste e de isenção de carências.

Art. 3º - O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **FioSaúde Básico** e está registrado na ANS sob o nº. **465.912/11-1**, possuindo como Características Gerais:

I - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

II - Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia; **III - Abrangência Geográfica:** Nacional

IV - Área de Atuação: Todo Território Nacional

V - Padrão de Acomodação em Internação: Coletiva;

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 e Hospitalar com Obstetrícia, 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), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

Parágrafo Único - Este instrumento contempla os requisitos legais necessários à oferta do denominado plano de referência básico 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 do art. 230 da Lei nº. 8.112/1990 e da Portaria Normativa nº 05/2010, editada pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão SRH/MPOG.

Art. 5º - 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. 6º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

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

II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

III. ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área de atuação do FIOSAÚDE, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.

IV. AHCRJ: Associação dos Hospitais da Cidade do Rio de Janeiro.

V. BENEFICIÁRIO: usuários regularmente inscritos no plano de saúde;

VI. CARÊNCIA: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas;

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

VIII. CREDENCIADOS: pessoa física ou jurídica que mantém contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares com a FIOSAÚDE para atendimento aos beneficiários do plano de saúde;

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

X. 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;

XI. CURSO REGULAR RECONHECIDO PELO MEC: cursos que conferem titulação como Ensino Médio, Graduação, Pós-Graduação, Lato Sensu e Pós-Doutorado Stricto Sensu com Mestrado e Doutorado;

XII. DEPENDÊNCIA ECONÔMICA: dependência legal de quem está sujeito ao fruto de renda de terceiro, tendo por isso direito de receber por parte deste ajuda ou pensão, sendo comprovada através de assentamento funcional e declaração do IR atualizada;

XIII. EMERGÊNCIA: evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

XIV. HOSPITAL DIA: é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 horas;

XV. LAUDO MÉDICO: relatório do médico assistente justificando o seu pedido médico;

XVI. OPME: Órtese, Prótese e Materiais Especiais;

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

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

XIX. PATROCINADORAS: instituições que, na forma da Lei, firmem Convênio com o **FIO SAÚDE**, com aprovação da Assembleia Geral, para fins de oferta dos benefícios de assistência à saúde tratada por este Regulamento, nos termos da legislação aplicável;

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

XXI. PLANO COLETIVO EMPRESARIAL: aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada às **PATROCINADORAS** por relação empregatícia ou estatutária.

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

XXIII. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS E SAÚDE: lista contendo os procedimentos de cobertura obrigatória nos Planos de Saúde comercializados a partir da vigência da Lei 9656/98;

XXIV. TABELA DE REFERÊNCIA: relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela **FIOSAÚDE**;

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

XXVI. URGÊNCIA: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

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. 7º - Poderão se inscrever no **PLANO**:

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

a) Os ocupantes de cargo efetivo, cargo comissionado ou de natureza especial, de emprego público e de contrato temporário, na forma da Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, vinculados à **PATROCINADORA FUNDADORA**;

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

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

a) Empregados ativos das **PATROCINADORAS POR ADESÃO ESPECIAIS**

III. Na Qualidade de **Beneficiário Dependente do Beneficiário Titular, 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, ou não;
- d) Os filhos e enteados, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
 - e) Os filhos e enteados, maiores de 21 (vinte e um) e menores de 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 concedida ao beneficiário titular ou a seu cônjuge/companheiro(a) por decisão judicial, observados os limites de idade, dependência econômica e estado civil, dispostos neste Regulamento para a inscrição de filhos.

IV. Na Qualidade de **Pensionista**:

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

V. Na qualidade de **Beneficiários Agregados do Titular**:

- a) Filhos e enteados que tenham perdido ou não satisfaçam todas as condições de dependência estabelecidas neste regulamento;
- b) Tutelados e menor sob guarda do beneficiário titular ou do seu cônjuge/companheiro(a) solteiros que tenham perdido ou não satisfaçam todas as condições de dependência estabelecidas neste regulamento;
- c) Irmãos(ãs) do Beneficiário Titular desde que solteiros e com idade de até 24 anos na data da inscrição;
- d) Netos e sobrinhos do Beneficiário Titular ou de seu cônjuge/companheiro(a) desde que solteiros e com idade de até 24 anos na data da inscrição;
- e) Pai ou padrasto, e mãe ou madrasta do Beneficiário Titular, quando não enquadrado na condição de Dependente prevista no § 5º;
- f) Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a), quando a vinculação se der por força de sentença judicial.

§1º - A inscrição dos Beneficiários Dependentes e Agregados fica condicionada à participação do Titular.

§2º - Para a inscrição do Beneficiário Titular, de seus Dependentes e Agregados será necessário o preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento, que implica na autorização expressa e automática de que

suas mensalidades e demais encargos sejam consignados na respectiva folha de pagamentos.

§3º - Os beneficiários de pensão, previstos no inciso V deste artigo, poderão permanecer no **PLANO** de que trata este Regulamento, na condição de associado, mediante opção a ser efetivada junto a **PATROCINADORA FUNDADORA**.

§4º - A inscrição do cônjuge ou companheiro, nos termos descritos no inciso II alínea a e b deste artigo, impede a inscrição, como Dependente, da pessoa separada judicialmente ou divorciada com percepção de pensão alimentícia, ressalvados os casos em que o associado arcar integralmente da mensalidade.

§5º - O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, dependentes economicamente do servidor e que constem no seu assentamento funcional, poderão ser inscritos no plano de saúde desde que o valor do custeio total seja assumido pelo próprio beneficiário/titular e terão como contribuição o valor global referente a UM BENEFICIÁRIO, na mesma tabela do titular e considerando a faixa etária do dependente, assumindo, inclusive, o subsídio do Patrocinador.

§6º - Caberá às **PATROCINADORAS** encaminhar ao **FIOSAÚDE** as solicitações de inscrição dos Beneficiários, por meio de envio dos Termos de Adesão devidamente preenchidos, bem como remeter os pedidos de exclusão e alteração de modalidade do plano, até o último dia útil de cada mês, podendo o convênio de adesão delegar essas funções nos termos nele previstos.

§7º - Caberá, ainda, às **PATROCINADORAS** 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 e Agregados com o Titular, sempre que solicitado pela **FIOSAÚDE**, o que não exime o Beneficiário Titular de cumprir com a exibição desses documentos quando solicitado.

§8º - A inclusão de Dependente/Agregado não terá caráter definitivo, reservando-se o **FIOSAÚDE** o direito de, a qualquer tempo, exigir a comprovação da exatidão das informações prestadas, bem como de todas as declarações feitas.

§9º - A transferência da condição de Dependente para Agregado, quando elegível, é automática, cabendo ao Titular solicitar a exclusão do beneficiário na hipótese de não ter interesse nessa manutenção.

§10 - Serão mantidos no **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. 8º - É assegurada a inclusão:

I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, beneficiário titular por adesão especial, beneficiário titular por adesão, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do nascimento ou emissão do termo de adoção;**

II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumprida pelo beneficiário titular 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.

Art. 9º - **Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.**

CAPÍTULO V

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 10º - O **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 e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada do **FIOSAÚDE**, 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) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I

Das Coberturas Ambulatoriais

Art. 11 - A cobertura ambulatorial, limitado 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;

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**;

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 e psicólogo 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), desde que solicitadas pelo médico assistente. (cópia da previsão expressa na RN211/10)

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

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 peritoneal 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, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;

VIII.1) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

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

X. 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;

XI. Hemoterapia ambulatorial;

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

Seção II

Das Coberturas Hospitalares

Art. 12 - 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, solicitados 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 assistente;

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. Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

VI. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **FIOSAÚDE**, 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 pela **FIOSAÚDE**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade da FIOSAÚDE.

VII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;

VIII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou que seja portador de necessidades especiais, bem como do filho ou do enteado maior e inscrito na condição de inválido, conforme indicação 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, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha do FIOSAÚDE.**

IX.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e o FIOSAÚDE, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pelo **FIOSAÚDE.**

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, 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;

XI.2) 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;

XI.3) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar.

XII. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.

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

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

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

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;

-
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção**;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

XV.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.

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

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

XVII. Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislação vigente, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 24 horas após o parto), **exceto no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares, limitadas àquelas fornecidas pelo hospital.**

XVII.1) O direito a acompanhante no momento do parto, previsto no item anterior, se dará de acordo com a legislação vigente, **estando coberto somente quando o médico assistente e/ou a equipe do hospital concordem com a sua presença**;

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 dias para internação.**

Art. 13 - 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. No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data 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. Além da coparticipação regular, prevista neste Regulamento, haverá coparticipação progressiva, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, 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. 14 - 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 na regulamentação da ANS vigente na data do evento;

II. Participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

III. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data 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 SRH/MPOG nº 05/2010, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FIOSAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;

II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;

III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, 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, bem como o de coração, previsto na Cobertura Adicional deste instrumento;

IX. Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

X. Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação Odontológica;

XI. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles não previstos na cobertura estabelecida no presente Regulamento para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;

XII. 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;

XIII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde CITEC;

XIV. 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;

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

XVI. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVII. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

XVIII. Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XIX. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;

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

XXI. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXII. Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;

XXIII. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXV. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, bem como do filho ou do enteado maior e inscrito na condição de inválido, portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;

XXVI. Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato (compreendida pelas 24 horas após o parto), nos termos definidos neste Regulamento;

XXVII. 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;

XXVIII. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

XXIX. Avaliação pedagógica;

XXX. Orientações vocacionais;

XXXI. Psicoterapia com objetivos profissionais;

XXXII. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXXIII. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXIV. Cirurgia para mudança de sexo;

XXXV. Remoção domiciliar.

CAPÍTULO VII

DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 16 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Parágrafo Único - Para todos os fins a data de aniversário deste regulamento será o dia 1º de janeiro.

Art. 17 - A data de início de vigência da adesão do Beneficiário ao **PLANO** coincidirá com a data do recebimento, pelo **FIOSAÚDE**, da comunicação de inscrição do Beneficiário ao **PLANO**, nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO VIII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 18 - 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. 24 horas para urgência e emergência, observadas as regras estabelecidas neste Regulamento;

II. 30 dias para consultas, exames diagnósticos e tratamentos complementares;

III. 180 dias para todas as internações;

IV. 270 dias para parto a termo;

V. 180 dias para os demais casos.

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

§2º - Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos Beneficiários ao **FIOSAÚDE**. Nos casos de afastamento do país, não inferior a 6 meses, o Beneficiário terá garantido o reingresso ao **PLANO**, sem cumprimentos de novas carências, desde que formalize sua solicitação de reingresso **até 30 (trinta) dias do seu retorno ao país**.

§3º - Na hipótese de mudança de plano com padrão de acomodação superior à prevista neste Regulamento, o beneficiário sujeitar-se-á ao cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação, de reembolso de honorários médico-hospitalares e de serviços em rede diferenciada, quando deverá assinar novo Termo de Adesão, por se tratar de novo produto, com registro específico na ANS. **Em caso da internação ocorrer durante o prazo de carência citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação, de reembolso de honorários médico-hospitalares e de oferta de rede prestadora de serviços de saúde anteriormente contratada.**

§4º - As mudanças de acomodação mencionadas no parágrafo anterior terão vigência a partir do primeiro dia do mês seguinte ao da solicitação.

Art. 19 - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

I. O Beneficiário Titular, seus Dependentes e Agregados, se a adesão ao **FIOSAÚDE** ocorrer até 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou da vinculação do Titular à **PATROCINADORA**;

II. O Beneficiário Dependente cuja inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de sua vinculação à **PATROCINADORA**;

III. O Beneficiário de pensão que se inscrever na condição de pensionista dentro de 30 (trinta) dias do óbito do servidor, **desde que inscrito no FIOSAÚDE na condição de dependente do Titular**;

IV. O cônjuge, o companheiro ou companheira de união estável, **isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular**, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do casamento ou da emissão da escritura declaratória de união estável.

§1º - Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

§2º - Será permitida a adesão de pensionistas ainda que não fossem dependentes do titular falecido, **desde que cumpram as carências estabelecidas neste regulamento**.

CAPÍTULO IX

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 20 - 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 em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 21 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, **depois de decorridas 24 horas da adesão do Beneficiário ao PLANO**;

II. **Depois de cumpridas as carências para internação**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

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

IV. **Depois de cumpridas as carências para parto a termo**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

V. Durante o cumprimento dos períodos de carência para parto a termo, 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. 22 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro da área geográfica de abrangência do **PLANO** e conforme regras previstas nessa Seção.

§1º - 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).

§2º - 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.

§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. 23 - 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, o **FIOSAÚDE**, desse ônus;

II. Caberá ao **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, o **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, o **FIOSAÚDE** estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO XI

REEMBOLSO

Art. 24 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de:

I. Atendimentos prestados dentro da área de abrangência do **PLANO**, nos casos de urgência ou de emergência;

II. Atendimentos eletivos prestados dentro da área de abrangência do **PLANO**, desde que previamente autorizados pela **FIOSAÚDE** para o atendimento;

III. Atendimentos prestados fora da área de abrangência do **PLANO**, em todo o território nacional, exclusivamente nos casos de urgência ou de emergência.

§1º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela Referência do **FIOSAÚDE**, que não será inferior ao valor praticado pelo **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 e cópia 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 e cópia 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 tratamento; com o CID correspondente ou laudo do profissional que assiste o Beneficiário;
- b) Autorização prévia concedida pelo **FIOSAÚDE** para os exames e serviços conforme previsto neste Regulamento;
- c) Comprovantes de pagamentos:
 - c.1) Se executado por pessoa jurídica, original e cópia da Nota Fiscal com CNPJ emitida pelo estabelecimento que prestou o atendimento, discriminando, obrigatoriamente os procedimentos e códigos realizados, data, o nome do paciente que realizou o atendimento;
 - c.2) Se executado por pessoa física, original e cópia do Recibo com CPF e registro no conselho emitido pelo profissional que prestou o atendimento discriminando obrigatoriamente, o procedimentos e

códigos realizados, data, o nome do paciente que realizou o atendimento;

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

- a) Relatório do profissional que assiste ao paciente, tratamento efetuado, data do atendimento, descrição de OPME e, se for o caso, a condição de urgência ou emergência;
- b) Original e cópia dos recibos de honorários do médico, auxiliares e outros, discriminando obrigatoriamente data, nome do paciente, procedimentos e códigos realizados e caracterizando as suas funções, com os respectivos CPFs e registros no conselho profissional;
- c) Original e cópia da Nota Fiscal e da conta com o nome do paciente, data e hora inicial e final da internação, incluindo relação discriminando materiais, medicamentos, diárias, taxas e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;
- d) Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso;
- e) Autorização prévia concedida pelo **FIOSAÚDE**.

§2º - o valor do reembolso poderá ser de até:

- I. 01 (uma) vez a tabela de Referência do **FIOSAÚDE**, nos casos previstos nos incisos I e II;
- II. 03 (três) vezes a tabela de Referência do **FIOSAÚDE**, nos casos previstos no inciso III.

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

§4º - A Tabela referência do **FIOSAÚDE** está registrada no Cartório do 1º Ofício do Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro - RJ, estando também disponível na sede do **FIOSAÚDE** e no site (www.fiosaude.org.br). Sempre que houver alteração em referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§5º - 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.**

§6º - Para as solicitações de reembolso, aplicam-se todas as regras impostas pelo **FIOSAÚDE** aos procedimentos realizados por profissionais, entidades credenciadas ou contratados.

§7º - **Não poderão ser reembolsadas despesas com procedimentos não cobertos ou prestados por profissionais ou estabelecimentos conveniados ao FIOSAÚDE.**

§8º - Os reembolsos somente serão processados após o recebimento pelo **FIOSAÚDE** de toda a documentação original referente aos procedimentos realizados, assim entendidos os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

§9º - O reembolso será feito através de depósito na conta corrente do beneficiário Titular.

§10 - **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.**

§11 - **Não há cobertura de reembolso para despesas com atendimento fora do território Nacional.**

§12 - A solicitação de reembolso poderá ser realizada através do atendimento pessoal ou envelope de Auto-Atendimento ou via correios.

§13 - 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. 25 - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento, o **FIOSAÚDE** fornecerá aos Beneficiários o Cartão de Identificação que deverá ser apresentado no momento do atendimento dentro de sua validade em conjunto com um documento oficial de identidade.

§1º - O cartão de identificação é de uso pessoal e intransferível.

§2º - Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto do cartão de identificação, o Beneficiário deverá comunicar imediatamente o fato ao FIOSAÚDE, para bloqueio de sua utilização, sob pena do Titular ou Pensionista responder pelas despesas indevidamente realizadas, acrescidas de multa indenizatória de 15% do valor do atendimento, juros e encargos.

§3º - Será considerado uso irregular dos serviços assegurados pelo **FIOSAÚDE**, 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 ressarcí-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 **FIOSAÚDE** terão seus cartões de identificação recolhidos pelas **PATROCINADORAS**, que os devolverão ao **FIOSAÚDE**.

Seção II

Padrão de Acomodação

Art. 26 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação coletiva, conhecida como enfermaria.

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. 27 - O Beneficiário poderá utilizar os médicos ou instituições relacionados na rede de serviço do **FIOSAÚDE** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

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

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

Art. 28 - A rede de prestadores de serviços está disponível eletronicamente na internet: www.fiosaude.org.br

Parágrafo Único - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso, respeitadas as normas editadas pela ANS no que se refere à alteração da rede hospitalar, 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 do **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 o **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. 29 - A cobertura para todos os atendimentos garantidos pelo **PLANO** está condicionada à autorização prévia do **FIOSAÚDE**, após análise da indicação terapêutica fornecida pelo médico assistente, exceto quanto a exames e procedimentos básicos listados no anexo deste regulamento, consultas e procedimentos de urgência e emergência.

§1º - Todas as solicitações médicas 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 pelo **FIOSAÚDE**. Após o vencimento deste prazo, as autorizações poderão ser revalidadas pelo **FIOSAÚDE**, mediante solicitação médica, conforme mencionado §1º deste artigo.

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

Art. 30 - Nos casos de internação, sejam elas clínicas ou cirúrgicas, bem como órteses, próteses, materiais especiais, a cobertura estará condicionada à autorização prévia do **FIOSAÚDE**, que será dada após análise da indicação terapêutica fornecida pelo médico assistente.

§1º - Quando não se tratar de urgência ou emergência comprovada, a autorização para qualquer tipo de cirurgia eletiva deverá ser solicitada ao **FIOSAÚDE** com antecedência mínima de 07 (sete) dias úteis, mediante pedido do médico assistente, laudo de exame complementar e descrição das órteses, e materiais especiais quando necessário.

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

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

§4º - Nos casos de urgência ou emergência, a autorização deverá ser solicitada pela unidade hospitalar onde ocorreu a internação no 1º dia útil subsequente ao evento.

§5º - Quando 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.

§6º - Nos casos de internação em que se utilize o sistema de reembolso, as obrigações descritas neste artigo ficam a cargo do Beneficiário ou responsável.

Art. 31 - O **FIOSAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, auditar todos os procedimentos cobertos previstos neste regulamento, inclusive se necessário a avaliação do Beneficiário pela equipe médica do **FIOSAÚDE**;

§1º - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, independentemente de pertencer à rede credenciada do **FIOSAÚDE**.

§2º - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico 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.

Art. 32 - O **FIOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

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

Seção IV

Coparticipação

Art. 33 - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular ou Pensionista ao **FIOSAÚDE**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus Dependentes e Agregados, definida em termos fixos ou em percentuais.

Art. 34 - Além da contribuição mensal devida pelo Beneficiário Titular ou Pensionista, será cobrada coparticipação de 20% nos atendimentos ambulatoriais consultas, exames, terapias, procedimentos, mediante desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança a ser definido pelo **FIOSAÚDE**, quando da utilização destes serviços pelos Beneficiários.

§1º - A coparticipação nos custos dos serviços será cobrada nos moldes descritos neste Regulamento, de forma parcelada, em valores mensais não superiores a 10% (dez por cento) da remuneração, provento ou pensão, garantida ao **FIOSAÚDE** a prerrogativa de efetuar sucessivas cobranças mensais até que quitado o valor integral referente à coparticipação.

§2º - A autorização para a suspensão da cobrança pelo Beneficiário não o exime da responsabilidade da quitação destes valores, devendo prestar esclarecimentos ao **FIOSAÚDE** sobre a não autorização do desconto.

§3º - A omissão do Beneficiário será considerada como aceitação dos descontos em folha.

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

CAPÍTULO XIII

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 35 - O **PLANO** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da regulação vigente, definidas pela ANS.

Art. 36 - O plano de custeio do **PLANO**, obedecidas as 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 e Agregados;
- 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 previstos nos incisos precedentes, não onerosos para o **FIOSAÚDE**.

§1º - O plano de custeio deverá conter todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos Beneficiários, valores de coparticipação, valores de patrocínio, tabela de custo do beneficiário por faixa etária e eventuais novas fontes de receita e deverá ser publicado por ato da Diretoria Executiva do **FIOSAÚDE**, de maneira a torná-lo público e acessível aos interessados.

§2º - Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, o plano de custeio deve também especificar o critério para a determinação do custo do beneficiário.

§3º - O plano de custeio atenderá o arcabouço legal definido pela ANS.

§4º - Após a aprovação do Plano de Custeio, o instrumento vigente passará a integrar este Regulamento, para todos os fins de direito.

Art. 37 - O valor a ser despendido pelas **PATROCINADORA FUNDADORA** será repassado a **FIOSAÚDE**, mensalmente de forma integral.

Art. 38 - As mensalidades devidas pelos Beneficiários Titulares ou Pensionistas serão pagas através de desconto em folha de pagamento, ficando a **PATROCINADORA FUNDADORA** responsável pelo processamento dos referidos descontos, bem como pela transferência dos valores ao **FIOSAÚDE**, acrescido das suas respectivas contribuições, até 05 (cinco) dias úteis após a data de pagamento dos Titulares e Pensionistas.

§1º - Caberá ao Beneficiário Titular ou Pensionista da **PATROCINADORA FUNDADORA** a responsabilidade de verificar o efetivo desconto em folha de pagamento, de sua mensalidade, de seus Dependentes e Agregados, assim como das eventuais coparticipações.

§2º - As mensalidades que, por qualquer motivo, não forem descontadas, integral ou parcialmente, em folha de pagamento, deverão ser quitadas até o dia 10 do mês subsequente ao que competem, via boleto bancário emitido pelo **FIOSAÚDE**.

§3º - Em caso de suspensão ou supressão do repasse de valores pelas **PATROCINADORA FUNDADORA**, os Beneficiários Titulares assumirão os encargos relativos ao custeio do **PLANO**, por si e por seus dependentes e agregados inscritos.

Art. 39 - O pagamento a **FIOSAÚDE** pelos serviços prestados aos beneficiários das **PATROCINADORAS POR ADESÃO ESPECIAIS** é de responsabilidade integral da contratante, devendo estas procederem o repasse integral até o segundo dia útil após o desconto em folha.

Art. 40 - 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, acrescidos de correção monetária.

CAPÍTULO XIV

REAJUSTE

Art. 41 - O plano de custeio do **FIOSAÚDE** será objeto de avaliação atuarial anual visando ao seu equilíbrio financeiro, levando-se em conta a variação dos custos médico-hospitalares, a sinistralidade ocorrida, a inflação do período e o perfil da carteira de Beneficiários, obedecendo os normativos da ANS.

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

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

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

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

§5º - Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação do Conselho Deliberativo da FioSaúde para esse fim, respaldada em avaliação atuarial, e se for o caso, observando as regras estabelecidas no Convênio.

CAPÍTULO XV

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 42 - As contribuições mensais previstas no plano de custeio foram fixadas, observada a tabela de custo do beneficiário, 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	6,12%
III - 24 a 28 anos de idade	15,38%
IV - 29 a 33 anos de idade	25,00%
V - 34 a 38 anos de idade	26,00%
VI - 39 a 43 anos de idade	25,40%
VII - 44 a 48 anos de idade	25,32%
VIII - 49 a 53 anos de idade	27,95%
IX - 54 a 58 anos de idade	24,21%
X - 59 anos e acima	16,95%

§1º - Para exercício do direito de manutenção previsto neste instrumento, os valores de mensalidade a serem assumidos pelos Beneficiários ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados mantidos neste plano, serão os valores previstos na tabela de preços estabelecida no plano de custeio, estando, em versão atualizada, permanentemente a disposição para consulta pelos Beneficiários junto a internet: www.fiosaude.org.br

§2º - Quando a alteração da idade importar em 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.

§3º - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste anual previsto neste Regulamento.

§4º - 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;

III. As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

§5º- Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.471/03, em específico no seu art. 15, §3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao Beneficiário com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste anual previsto neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do plano.

CAPÍTULO XVI

DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

Art. 43 - Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **FIOSAÚDE**, no caso de exoneração, redistribuição, licença sem vencimentos e demissão sem justa causa, bem como na hipótese de deslocamento do servidor para outro órgão ou entidade, 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 mensalidade (acrescido do valor de responsabilidade da **PATROCINADORA**).

§1º - O período de manutenção da condição de Beneficiário será de um terço do tempo de permanência no **FIOSAÚDE**, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses).

§2º - A manutenção no **FIOSAÚDE** poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito na vigência do vínculo com as **PATROCINADORAS**.

§3º - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§4º - Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes e Agregados inscritos no **PLANO**, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Beneficiário Titular ou do Pensionista, conforme for o caso.

§5º - O direito de manutenção no **FIOSAÚDE** deixará de existir quando da admissão do Beneficiário Titular em novo cargo público ou em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato, bem como nas seguintes hipóteses:

I - Decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;

II - Cancelamento pela PATROCINADORA do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

§6º - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelo artigo 30 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

§7º - Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelo artigo 30 da Lei nº 9656, de 1998,

deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

§8º - A permanência no **FIOSAÚDE** nas condições deste artigo dependerá de requerimento formal do interessado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação da **PATROCINADORA** quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da comunicação da demissão ou exoneração.

§9º - Caberá ao beneficiário titular comunicar em até 30 dias o seu retorno para a folha de pagamentos da **PATROCINADORA**.

Art. 44 - Ao Beneficiário Titular que contribuir para o **FIOSAÚDE**, no caso de se aposentar, é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo com as **PATROCINADORAS**, por prazo indeterminado, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade (acrescido do valor de responsabilidade da **PATROCINADORA**).

§1º - A manutenção no **FIOSAÚDE** poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito na vigência do vínculo com as **PATROCINADORAS**.

§2º - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário.

§3º - Em caso de morte do Beneficiário Titular, o direito de permanência é assegurado aos Beneficiários Dependentes e Agregados inscritos no **PLANO**, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção do Beneficiário Titular ou do Pensionista, conforme for o caso.

§4º - O direito de manutenção no **FIOSAÚDE** continuará existindo ainda que o Beneficiário Titular seja admitido em novo emprego.

§5º - É assegurado ao aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelo artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, nos termos previstos na regulamentação vigente.

§6º - Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelo artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

§7º - A permanência no **FIOSAÚDE** nas condições deste artigo dependerá de requerimento formal do interessado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da comunicação da **PATROCINADORA** quanto ao direito de manutenção da condição de Beneficiário, formalizada no ato da aposentadoria.

Art. 45 - O PLANO tratado neste Regulamento destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto neste Capítulo garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo **PLANO**.

Parágrafo Único - O direito garantido neste capítulo será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o **FIOSAÚDE** no momento da perda do vínculo com a **PATROCINADORA**, desde que em algum momento tenha contribuído para o **FIOSAÚDE**. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o **FIOSAÚDE**.

Art. 46 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XVII

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Seção I

Da Exclusão

Art. 47 - Caberá à **PATROCINADORA FUNDADORA** solicitar a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

I. Perda da qualidade de Titular

II. Perda da qualidade de Dependente/Agregado, no caso do 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/Agregado;

III. Perda da qualidade de Pensionista.

Art. 48 - Caberá às **PATROCINADORAS, exceto a PATROCINADORA FUNDADORA**, solicitar a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

I. Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto no artigo 30 e o 31 da Lei 9.656/1998, nos termos estabelecidos neste Regulamento;

II. Perda da qualidade de Dependente/Agregado, no caso do 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/Agregado;

III. Perda da qualidade de Pensionista.

Art. 49 - Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do FIOSAÚDE, 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 demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na PATROCINADORA após a aposentadoria;

III - Se o Beneficiário contribuía para o pagamento do FIOSAÚDE;

IV - Por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do FIOSAÚDE; e

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 FIOSAÚDE, 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. 50 - 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, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;

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/Agregado, no caso do 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/Agregado;

IV. Perda da qualidade de Pensionista;

V. Interrupção do pagamento das contribuições, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes e Agregados, 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 ou Agregado 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 na 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 Titular;

VIII. Outras situações previstas em Lei.

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

Art. 51 - 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 de mensalidade e de coparticipação.

Art. 52 - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o Beneficiário de quitar eventuais débitos com FIOSAÚDE, incluídos os valores de mensalidade e de coparticipação.

Art. 53 - A exclusão do Beneficiário Titular implicará na exclusão de todos os seus Dependentes e Agregados.

Art. 54 - 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 FIOSAÚDE, poderá ser transferida para ele, mediante manifestação formal, a responsabilidade da inscrição dos demais Dependentes e Agregados, observadas as exigências e limitações regulamentares.

Seção II

Das Penalidades

Art. 55 - Nos casos comprovados de interpretação viciada das regras regulamentares o Beneficiário Titular será penalizado com advertência formal.

Art. 56 - Nos casos comprovados de reincidência ou de fraude, apurados administrativamente, que causem prejuízo para o PLANO, o infrator será penalizado com o cancelamento da inscrição de todo o grupo familiar, após aprovação da Diretoria Executiva do FIOSAÚDE.

Parágrafo Único: O uso indevido dos serviços assegurados pelo FIOSAÚDE por qualquer Beneficiário sujeitará o Beneficiário Titular as 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%, 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. 57 - O 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.

Art. 58 - O FIOSAÚDE terá, em todos os casos e a qualquer tempo, o direito de verificar, por médico 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. 59 - Nenhuma responsabilidade caberá ao FIOSAÚDE por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, danosos aos Beneficiários, resultante de procedimentos médicos, hospitalares ou laboratoriais, prestados em hospital, clínica, serviço de diagnóstico, consultório ou locais congêneres, por livre escolha do Beneficiário FIOSAÚDE.

Art. 60 - É vedado o pagamento de despesas médicas a profissionais credenciados ou não, que também tenham a condição de Beneficiários do PLANO, relativas a procedimentos realizados por pessoas de seu grupo de dependentes e agregados.

Art. 61 - Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na aplicação deste Regulamento serão resolvidos em conjunto pela Diretoria Executiva e o Presidente do Conselho Deliberativo do **FIOSAÚDE**, ad referendum do Conselho Deliberativo.

Art. 62 - O Conselho Deliberativo baixará Atos Normativos Complementares à execução desse Regulamento e eventuais alterações que se fizerem necessárias, que serão amplamente divulgadas.

Art. 63 - Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio.

Art. 64 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 65 - O **FIOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 66 - A partir de 09 de dezembro de 2013, data da suspensão da comercialização do PLANO na ANS, não será admitido o ingresso de Beneficiários (Titulares, Dependentes e Agregados) no PLANO.

Parágrafo único – A vedação prevista no caput não se aplica à hipótese de inclusão de Dependentes pelos Titulares inscritos no PLANO, bem como no caso de transferência dos Dependentes inscritos no PLANO para a categoria de Agregado, desde que essa ocorra no momento da perda da condição de dependência.

Art. 67 - 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, 18 de dezembro de 2014

Leila de Mello Yañez Nogueira

Presidente

José Antônio Diniz de Oliveira

Diretor-Executivo

Hermínio J. L. Mendes

Diretor-Técnico