REGULAMENTO

Saiba tudo sobre o plano

Especial Carioca



FioSaúde

ANS - nº 41754-8

REGULAMENTO DO PLANO ESPECIAL CARIOCA

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, Bonsucesso, 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 - 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 - O Instituto Oswaldo Cruz de Seguridade Social – FIOPREV, CNPJ nº 28.954.717/0001-91, sediado na Av. Brasil n 4.036, Bonsucesso, Rio de Janeiro/RJ, CEP 21040-361;
III - A própria Caixa de Assistência Oswaldo Cruz – **FIOSAÚDE**.
IV - As Patrocinadoras por Adesão, conforme parágrafo 3º deste artigo.

§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 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** previstas neste artigo acordaram contratar o **PLANO** na forma admitida no inciso I, do art. 29, da Resolução Normativa da ANS nº 557, de 2022, 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 **ESPECIAL CARIOCA** e está registrado na ANS sob o nº 509.450/26-0, possuindo como Características Gerais:

I- Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;

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

III- Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios;

IV- Área de Atuação: municípios do Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói e São João de Meriti, todos situados no Estado do Rio de Janeiro.

V- Padrão de Acomodação em Internação: Individual;

VI- Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Parágrafo Único - Além das coberturas previstas nas Seções I, II e III do Capítulo V – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, o **PLANO** assegura cobertura adicional, conforme estabelecido na Seção IV desse Capítulo.

CAPÍTULO II
ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 4º - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID-10), em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

§1º - Este instrumento contempla os requisitos legais necessários à oferta do denominado plano de referência básico 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 e da Instrução Normativa GABIN/MGI nº 496/2025.

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

CAPÍTULO III
DEFINIÇÕES

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

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

II - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação,

normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;

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

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

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

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

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

IX- 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;

X- 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, 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/ODONTOLÓGICO: 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- 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;

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

XVII- 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) pessoa ocupante de cargo efetivo, vinculada à **PATROCINADORA FUNDADORA**;
b) pessoa aposentada pelo Regime Próprio de Previdência Social da União – RPPS, vinculada à **PATROCINADORA FUNDADORA**;
c) pessoa ocupante de cargo comissionado ou de natureza especial, vinculada à **PATROCINADORA FUNDADORA**;
d) pessoa ocupante de emprego público em atividade vinculada à **PATROCINADORA FUNDADORA**.

II. Na Qualidade de **Beneficiário Titular Especial:**
a) Os Empregados ativos das **PATROCINADORAS POR ADESÃO ESPECIAL** e **PATROCINADORA POR ADESÃO**.

III. Na Qualidade de **Beneficiário Dependente** do **Beneficiário Titular** e do **Beneficiário Titular Especial**:
a) O cônjuge ou companheiro em união estável;
b) A pessoa separada, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
c) Os filhos de qualquer condição que atenda a um dos seguintes requisitos:
1. Seja menor de 21 (vinte e um) anos de idade;
2. Seja inválido; ou
3. Com deficiência.
d) Os filhos de 21 (vinte e um) a 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos, dependentes economicamente do Beneficiário Titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação.

IV. Na Qualidade de **Pensionista**:
a) pessoa beneficiária de pensão por morte de que tratam a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de1990, e a Lei nº 3.373, de 12 de março de 1958, vinculada à **PATROCINADORA FUNDADORA**.

§1º - Para fins do disposto na alínea "d" do inciso I do *caput*, a pessoa ocupante de emprego público deverá constar na folha de pagamento da **PATROCINADORA FUNDADORA**.

§2º - A inscrição do cônjuge ou do companheiro de união estável exclui o direito à assistência à saúde da pessoa separada, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com percepção de pensão alimentícia.

§3º - O enteado, o menor sob tutela e o menor sob guarda judicial equiparam-se a filho, mediante declaração do Beneficiário Titular e desde que comprovada dependência econômica, nos termos da regulamentação aplicável.

§4º - É vedada a inclusão de Dependentes pelo Pensionista.

§5º - A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§6º - 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.

§7º - Caberá às **PATROCINADORAS** encaminharem à **FIOSAÚDE**, após análise, as solicitações de inscrição, migração, portabilidade e exclusão, apresentadas pelos beneficiários, que serão efetivadas em conformidade com o cronograma estabelecido no Convênio de Adesão, sendo a data estabelecida no cronograma a ser considerada para início e fim da cobertura assistencial, contagem dos períodos de carência e proporcionalização, a depender do caso.

§8º - 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 com o Titular, sempre que solicitado pela **FIOSAÚDE**, o que não exime o Beneficiário Titular de cumprir com a exibição desses documentos quando solicitado.

§9º - 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.

§10 - É dever do beneficiário Titular e Pensionista manter atualizadas suas informações cadastrais e a de seus Dependentes junto às PATROCINADORAS e à FIOSAÚDE, inclusive quanto à comprovação dos critérios de dependência econômica e da condição de estudante, quando for o caso, nos termos da Instrução Normativa GABIN/MGI nº 496/2025.

§11 - 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 – No caso de falecimento do Beneficiário Titular, os Dependentes regularmente inscritos poderão permanecer no PLANO, desde que preservadas as condições de elegibilidade, formalizada a opção no prazo regulamentar e assumida a responsabilidade pelo custeio na forma estabelecida pela legislação aplicável,

pelo Convênio e pelo Plano de Custeio.

§1º - Caberá à unidade de gestão de pessoas da **PATROCINADORA** comunicar:

I- o falecimento do Titular à **FIOSAÚDE** na data da ciência do óbito;
II- aos Dependentes a possibilidade de permanência como beneficiários do **PLANO**.

§2º - A opção de permanência no PLANO de que trata este artigo deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o inciso I do §1º, sob pena de exclusão definitiva do PLANO.

Art. 8º - É assegurada a inclusão:

I - Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência, **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, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.

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

CAPÍTULO V
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 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;

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

II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**

III - Consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, **desde que solicitadas pelo médico assistente**;

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

V – Psicoterapia (consulta com médico devidamente habilitado/sessão com psicólogo), **solicitada pelo 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 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, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;

a) Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

IX – Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**;

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 em unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

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, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias, solicitadas pelo médico assistente;

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

III - Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, **quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:**

a) **O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,**
b) **No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento.**

IV - Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente**, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

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

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

VIII - Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS,

vigente à época do evento, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial;

IX - 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;

X - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

a) O imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do beneficiário, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, observando as seguintes regras:

1. O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

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

a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral e para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**;

d) Procedimentos radioterápicos;

e) Hemoterapia;

f) Nutrição parenteral ou enteral;

g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) Radiologia intervencionista;

i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, **conforme solicitação e indicação do médico assistente**;

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

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

XIV - Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a ele vinculados, **respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:

a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), **exceto medicamentos de manutenção**;

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

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

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

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

XVI - Acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um

acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico ou **no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares**;

XVII - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário Titular, ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário, pai ou mãe do recém-nascido**.**

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 sempre que houver indicação do médico assistente;

II - Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;

III - Haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, **de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento**;

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

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

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

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

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

Art. 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 e sedação, **caso haja indicação do profissional assistente**;

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

IV- Taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observado o disposto na regulamentação;

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

VI – Remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, **conforme indicação do profissional assistente**.

Seção III
Das Coberturas Odontológicas

Art. 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.

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.

Seção IV
Da Cobertura Adicional

Art. 15 - Além das coberturas previstas na legislação de saúde suplementar, haverá cobertura adicional para o procedimento odontológico de "Tomografia Computadorizada – Cone Beam", **desde que atendidas as seguintes condições**:

I- solicitação do cirurgião-dentista ou profissional legalmente habilitado;
II- indicação clínica relacionada ao diagnóstico ou tratamento odontológico;
III- autorização prévia da FIOSAÚDE;
IV- realização do procedimento na rede credenciada do PLANO ou por meio de reembolso, observadas as regras previstas no presente Regulamento;
V- realização do procedimento dentro da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO; e
VI- com incidência de coparticipação na forma prevista em Capítulo específico deste Regulamento.

Parágrafo único – A utilização da cobertura adicional prevista neste artigo observará o período de carência aplicável aos procedimentos de radiologia odontológica, estabelecido no art. 19, inciso V, deste Regulamento.

Art. 16 - A **FIOSAÚDE** assegurará, ainda, o reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento e da Tabela de Referência do PLANO**, conforme regras estabelecidas em Capítulo específico, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, fora da área de atuação do **PLANO**, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando este não for atendido na rede de prestadores eventualmente disponibilizada pela FIOSAÚDE através dos convênios de reciprocidade, conforme regras de identificação, elegibilidade e utilização neles previstas.**

CAPÍTULO VI
EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 17 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, a Instrução Normativa GABIN/MGI nº 496/2025, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

I - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FIOSAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
II - Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;

III- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina –CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO ou pelo conselho profissional de saúde responsável pela realização do procedimento e, ainda, aquele que faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;

IV- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

V - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma , recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

VI- Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;

VII - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

VIII - Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

I- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvados os medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar e dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes e/ou terapia imunobiológica para certas patologias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, nos termos estabelecidos no presente instrumento;

X - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;

XI- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico (tais como aparelhos auditivos/AASI, muletas, cadeiras de roda, coletes ortopédicos, meias elásticas, entre outros) conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram

a realização de ato cirúrgico;

XII - Fornecimento de próteses e órteses conhecidas como customizadas, personalizadas ou prototipadas;

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

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

XVI - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;

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

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

XIX - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, ressalvado o procedimento previsto expressamente na Cobertura Adicional do presente Regulamento;

XX – Exames para capacitação de atividade esportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

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

XXII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência e atuação do PLANO, ressalvados os atendimentos de urgência e emergência, que poderão ser realizados em todo o território nacional e reembolsados pelo PLANO, nos limites e condições estabelecidas no presente Regulamento;

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

XXV - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;

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

XXVI - Avaliação pedagógica;

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

XXVIII - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXX - Cirurgia para mudança de sexo e cirurgias do processo transexualizador (redesignação sexual) que não se encontrem listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento;

XXXI - Remoção domiciliar;
XXXII - Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação têmporo- mandibular);
XXXIII - Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
XXXIV - Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
XXXV - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
XXXVI - Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
XXXVII - Transplantes ósseos (em Odontologia);
XXXVIII - Enxertos ósseos e biomateriais;
XXXIX - Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
XL - Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
XLI - Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
XLII - Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
XLIII - Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
XLIV - Cirurgias a laser, à exceção daquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
XLV - Clareamento dentário;
XLVI - Plasma Rico em Plaquetas (PRP), fatores de crescimento e fatores de agregação plaquetária;
XLVII - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;
XLVIII - Asilamento de idosos.

CAPÍTULO VII
DURAÇÃO DO REGULAMENTO

Art. 18 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir de 15 de outubro de 2026.

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

CAPÍTULO VIII
PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 19 - Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente,

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

I - Atendimentos de urgências/emergências, nos termos definidos no presente Regulamento – 24 (vinte e quatro) horas;
II - Consultas médicas - 30 (trinta) dias;
III - Procedimentos de diagnose, tratamentos especializados, procedimentos e terapias exclusivamente ambulatoriais – 60 (sessenta) dias;
IV - Internações hospitalares (inclusive serviços de diagnose e terapia intrínsecos), remoções não relacionadas aos atendimentos de urgência e emergência e procedimentos cirúrgicos – 180 (cento e oitenta) dias;
V Consulta odontológica, diagnóstico e controle das doenças bucais, procedimentos de radiologia odontológica, inclusive a Tomografia Computadorizada – Cone Beam prevista na Cobertura Adicional deste Regulamento– 60 (sessenta) dias.;
VI - Procedimentos de restauração, periodontia, endodontia e cirurgia – 90 (noventa) dias;
VII - Procedimentos que envolvem próteses – 180 (cento e oitenta) dias;
VIII - Demais casos – 180 (cento e oitenta) dias;
IX - Partos a termo – 300 (trezentos) dias.

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

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

Art. 20 - 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 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. 21 - 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. 22 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

I - Os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais serão garantidos sem restrições **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 do período 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. 23 - Estará garantida a remoção terrestre inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor, inclusive quanto à área geográfica de abrangência do **PLANO**.

§1º - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do **PLANO**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

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

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

Art. 24 - 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. 25 – A **FIOSAÚDE** assegurará o reembolso, **no limite das obrigações deste Regulamento,** das despesas efetuadas pelo beneficiário com a assistência à saúde prevista no presente instrumento:

I- nos atendimentos eletivos realizados **dentro da área geográfica de abrangência e atuação** do **PLANO**;

II- nos atendimentos de urgência e de emergência realizados em todo o território nacional.

§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.

a.1) No caso dos médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, o recibo deverá ser emitido pelo Receita Saúde da Receita Federal do Brasil (Recibo Saúde), nos termos da regulamentação aplicável.

a.2) Caso não conste a especialidade do médico no Recibo Saúde, o Beneficiário deverá prestar obrigatoriamente essa informação à **FIOSAÚDE** por email ou através de campo específico no aplicativo.

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

c) Comprovante do efetivo desembolso.

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

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

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

c) Comprovantes de pagamentos:

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

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

c.3) Comprovante do efetivo desembolso.

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

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

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

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

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

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

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

f) Comprovante do efetivo desembolso.

IV - No caso dos procedimentos odontológicos:

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

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

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

d) Comprovante do efetivo desembolso.

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

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

§4º - São considerados como comprovantes do efetivo desembolso: o comprovante da transação via pix; o comprovante de cartão de crédito ou débito; o comprovante da transação bancária; a cópia de cheque/canhoto de cheque, juntamente com o extrato contendo o valor debitado da conta bancária.

§5º - Caso não conste o nome do profissional de saúde no comprovante de desembolso, ou este esteja em nome de outra pessoa (diferente do profissional de saúde que emitiu o Recibo Saúde ou nota), o Beneficiário deverá apresentar declaração à **FIOSAÚDE** informando a ausência/divergência de nomes, caso essa situação não tenha sido especificada no campo de observação da tela do aplicativo de pix (no celular).

§6º - Na hipótese em que o pagamento tenha sido realizado em espécie, deverá ser apresentado o formulário da Declaração de Reembolso de Valores, disponível no Portal da **FIOSAÚDE** (www.fiosaude.org.br/planos/cobertura/coberturas-em-reembolso), preenchido e assinado pelo Beneficiário, como comprovante do efetivo desembolso, juntamente com a documentação referente à solicitação de reembolso.

§7º - Em tratamentos seriados nos quais o paciente realiza várias sessões periódicas (como fisioterapia, psicologia, dentre outras) e o prestador de serviços emite recibo/nota referente a várias datas de atendimento, o Beneficiário somente deverá apresentar o pedido de reembolso depois da última data mencionada na nota/recibo.

§8º - A Tabela Referência do **PLANO** está registrada no Cartório do 1º Registro de Títulos de Documentos – Rio de Janeiro - RJ, estando também disponível na sede da **FIOSAÚDE** e no site (www.fiosaude.org.br). As revisões na Tabela de Referência, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede, ocorrem por decisão do Conselho Deliberativo da **FIOSAÚDE**.

§9º - Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência do **PLANO** podem ser obtidos na sede da **FIOSAÚDE** ou pelos canais de atendimento da FioSaúde

§10 - 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**.

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

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

§13 - 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.

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

§15 - 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.

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

§17 - A solicitação de reembolso poderá ser realizada através do atendimento pessoal e aplicativo da **FIOSAÚDE**

§18 - 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. 26 - 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 - A **FIOSAÚDE** poderá disponibilizar o Cartão de Identificação em formato virtual.

Seção II
Padrão de Acomodação

Art. 27 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como **apartamento *standard***.

Parágrafo Único - Os beneficiários que possuam interesse em acomodação de nível superior ao assegurado pelo **PLANO** deverão negociar e pagar diretamente ao hospital o valor excedente das despesas referentes à troca de acomodação.

Seção III
Regras Gerais de Atendimento

Art. 28 - 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, ressalvado o direcionamento de que trata o §1º deste artigo.

§1º - É permitido à FIOSAÚDE realizar o direcionamento do beneficiário a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos, quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, nos casos em que a auditoria da FIOSAÚDE recomendar a realização do procedimento por determinado profissional.

§2º - Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo **PLANO**, desde que atestados pelo beneficiário.

§3º - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, bem como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

Art. 29 - A rede de prestadores de serviços está disponível eletronicamente na internet: www.fiosaude.org.br.

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

I - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, **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. 30 - A cobertura para todos os atendimentos garantidos pelo PLANO está condicionada à autorização prévia da FIOSAÚDE, após análise da indicação terapêutica fornecida pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, exceto consultas e procedimentos de urgência e emergência.

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

§2º - As autorizações para a realização dos procedimentos previstos neste Regulamento terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias a contar da data de liberação pela **FIOSAÚDE**. Após o vencimento deste prazo, as autorizações poderão ser revalidadas pela **FIOSAÚDE**, mediante solicitação e justicativa assistencial.

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

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

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

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

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

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

Art. 32 - A **FIOSAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, auditar todos os procedimentos cobertos previstos neste regulamento, inclusive realizar perícia prévia.

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

§2º - Em caso de divergência técnico-assistencial sobre o direito às coberturas previstas neste Regulamento, inclusive quanto às definições de Órteses, Próteses e

Materiais Especiais – OPME, será garantida a instauração de junta médica/odontológica para a definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo beneficiário, por médico/cirurgião-dentista da **FIOSAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **FIOSAÚDE**, exceto quando o profissional eleito pelo beneficiário não pertencer à rede credenciada, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

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

Art. 33 - A FIOSAÚDE não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

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

Art. 34 - Todos os procedimentos de Prótese, Redução de luxação da ATM e Cirurgia Buco Maxilo necessitam de auditoria iniciais e finais, e autorização para serem realizados. Os demais procedimentos odontológicos podem ter auditoria aleatória ou não, a ser determinada pela área técnica responsável. A **FIOSAÚDE** poderá, sempre que julgar necessário, solicitar que o beneficiário seja submetido à auditoria odontológica aleatória externa ou interna com profissionais credenciados. Compete ainda à **FIOSAÚDE** definir os procedimentos que estão sujeitos à auditoria externa e auditoria documental, interna na **FIOSAÚDE**, além dos determinados acima.

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

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

Seção IV
Coparticipação

Art. 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, mediante desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança a ser definido pela FIOSAÚDE, quando da utilização destes serviços pelos beneficiários:

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

§1º - Não haverá cobrança de coparticipação:

I- nos atendimentos médicos e odontológicos realizados em pronto atendimento ou pronto socorro;
II- nos procedimentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise;
III- nas demais internações.

§2º - 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 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;
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 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.

§3º - É de responsabilidade dos beneficiários Titulares e Pensionistas a manutenção de margem consignável suficiente para a quitação das obrigações com a FIOSAÚDE.

Art. 40 - O pagamento à **FIOSAÚDE** pelos serviços prestados aos beneficiários das **PATROCINADORAS 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, sem prejuízo da correção monetária.

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 outubro.

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

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

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

I. O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

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

neste Regulamento, decorrente da avaliação atuarial do PLANO.

CAPÍTULO XVI
DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO

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 sem justa causa, 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 estatutário 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 ex-empregado demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado e a seus dependentes vinculados ao **PLANO** o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

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

Seção I
Da Exclusão e Suspensão

Art. 51 - Caberá à PATROCINADORA solicitar a suspensão da cobertura ou 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;

III – quando da solicitação pelo Titular/Pensionista da exclusão de qualquer Dependente;

IV – por atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e coparticipações), inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, ressalvados os casos de beneficiários que efetuam o pagamento da contribuição mensal diretamente à FIOSAÚDE, quando a exclusão por inadimplência será realizada diretamente pela FIOSAÚDE, conforme regras previstas na regulamentação da ANS.

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 nos artigos 30 e 31 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 - Quando da solicitação pelo Titular/Pensionista da exclusão de qualquer Dependente;

VI – Por atraso no pagamento dos valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e coparticipações), inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, observada a regulamentação vigente aplicável, estando os beneficiários sujeitos à suspensão da cobertura assistencial pelo PLANO a partir do 30º (trigésimo) dia de atraso.

§1º - Durante a suspensão da cobertura assistencial dos beneficiários em razão da inadimplência, persistirá a obrigação do beneficiário pelo pagamento das contribuições mensais vincendas, que continuarão sendo cobradas pela FIOSAÚDE no período enquanto os beneficiários permanecerem vinculados ao PLANO.

§2º - A suspensão da cobertura assistencial pela FIOSAÚDE ao longo do período de inadimplência do beneficiário e a exclusão do beneficiário do

PLANO por inadimplência ocorrerão mediante notificação prévia com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

§3º - A notificação por inadimplência será realizada pela FIOSAÚDE pelos meios admitidos pela regulamentação vigente da ANS, amplamente divulgados no Portal da Operadora, envolvendo: 1) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, 2) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, 3) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor e 4) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do beneficiário; ou preposto da FIOSAÚDE, com comprovante de recebimento assinado pelo beneficiário.

§4º - Para a realização da notificação por inadimplência, serão consideradas as informações disponíveis no cadastro do respectivo beneficiário no banco de dados da FIOSAÚDE, fornecidas pela PATROCINADORA ou pelo beneficiário, cabendo a este o dever de manter as suas informações cadastrais completas e atualizadas junto à Operadora, sob pena de ter presumida a ciência, nos termos da regulamentação.

§5º - No processo de movimentação cadastral, a FIOSAÚDE informará os beneficiários excluídos por inadimplência no período.

§6º - 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.

§7º - Considera-se perda da qualidade de Beneficiário Titular:

I - Falecimento;
II- Suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
III - Exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
IV - Redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade que não ofertar convênio ou contrato nos mesmos moldes;
V - Licença ou afastamento sem remuneração;
VI - Decisão administrativa ou judicial;
VII - Voluntariamente, por opção do beneficiário;
VIII - Outras situações previstas em Lei ou em normas da **PATROCINADORA**.

§8º - No caso de licença ou afastamento sem remuneração ou suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente, os Titulares e Pensionistas poderão optar por permanecer no **PLANO**, **devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas,** nos termos da regulamentação aplicável. A

opção pela permanência do beneficiário deverá ser formalizada no prazo de 30 (trinta) dias contados de seu afastamento.

§9º - Caberá ao Beneficiário Titular comunicar em até 30 (trinta) dias o seu retorno para a folha de pagamentos da **PATROCINADORA**.

Art. 54 - 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. 55 - A exclusão do Beneficiário Titular/Pensionista implicará a exclusão de todos os seus Dependentes, ressalvado o direito de manutenção previsto no presente Regulamento.

Art. 56 - 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 II
Das Penalidades

Art. 57 - Nos casos comprovados de descumprimento das regras regulamentares, o Beneficiário Titular será apenado com advertência formal.

Art. 58 - 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. 59 – Os beneficiários do **PLANO** estão isentos do cumprimento de cobertura parcial temporária no caso de doenças e lesões preexistentes.

Art. 60 - 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. 61 - 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. 62 - 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. 63 - Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na aplicação deste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Colegiada, *ad referendum* do Conselho Deliberativo.

Art. 64 - O Conselho Deliberativo baixará Atos Normativos Complementares à execução desse Regulamento e eventuais alterações que se fizerem necessárias, que serão amplamente divulgadas.

Art. 65 - 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. 66 - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 67 - A **FIOSAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

Art. 68 - O encerramento da operação do plano de saúde tratado neste Regulamento se dará de acordo com o Estatuto Social da **FIOSAÚDE**, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

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, 15 de outubro de 2026.

Caixa de Assistência Oswaldo Cruz FioSaúde

REGULAMENTO DO PLANO ESPECIAL CARIOCA

ANEXO I
PLANO DE CUSTEIO

1 – O **PLANO ESPECIAL CARIOCA**, registro ANS nº 509.450/26-0, 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:

Faixas Etárias:	Valores:
0 a 18 anos de idade	**R$350,53**
19 a 23 anos de idade	**R$ 367,97**
24 a 28 anos de idade	**R$ 402,99**
29 a 33 anos de idade	**R$ 455,55**
34 a 38 anos de idade	**R$ 543,16**
39 a 43 anos de idade	**R$ 700,84**
44 a 48 anos de idade	**R$ 858,53**
49 a 53 anos de idade	**R$ 1051,27**
54 a 58 anos de idade	**R$ 1471,81**
59 anos e acima	**R$ 2102,56**

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, mencionados no item 1 acima, possuem data de referência de 15 de outubro de 2026 e poderão sofrer modificações conforme regras estabelecidas no Regulamento.