



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

REGULAMENTO ASSEFAZ DIAMANTE COLETIVO EMPRESARIAL



Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

Regulamento

Assefaz Diamante

Coletivo Empresarial

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1 - O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à saúde, conforme previsto no inciso I, Art. 1º da Lei 9.656/98, visando à cobertura de serviços de assistência médica, ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica, odontológica, partos e tratamentos, com padrão de acomodação em apartamento, centro de terapia intensiva (ou similar), diagnóstico e terapia constantes no Rol de Procedimentos da ANS, bem como suas atualizações, para todas as doenças relacionadas na CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), destinando-se ao TITULAR e aos seus DEPENDENTES devidamente incluídos e qualificados no termo de adesão, com validade exclusivamente no Brasil, sujeitando-se especialmente as disposições da Lei nº 9.656, de 03/06/98, Resolução Normativa/ANS nº 137 de 14/11/2006, RN nº 148 de 03/03/2007, RN nº 272 de 20/10/2011, Estatuto e Regulamentos da ASSEFAZ, e ainda a outras Leis ou normas que venham a substituí-los.

O contrato garante a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preços preestabelecidos, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos entre os integrantes da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica hospitalar e odontológica, a serem pagas integral ou parcialmente, às expensas da operadora, mediante o pagamento direto ao prestador.

A ASSEFAZ obriga-se, nos termos deste Regulamento, à cobertura de despesas com procedimentos realizados na rede credenciada, em instituições reconhecidas pelos Conselhos Regionais das áreas de Saúde relacionadas ao contrato.

§1º. O plano de assistência à saúde da ASSEFAZ é administrado pelo Conselho de Administração previsto no Estatuto de sua constituição. Poderá o Presidente da ASSEFAZ tomar decisões relacionadas à administração do plano de assistência à saúde, devendo ser posteriormente convalidada pelo Conselho de Administração da ASSEFAZ.

§2º. O PLANO ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO é um Programa de Benefício privado, patrocinado, sem fins lucrativos, fechado, para atender às finalidades de prevenção de doenças e de recuperação da saúde dos seus beneficiários inscritos.

§3º. O plano de assistência à saúde PLANO ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO é regulamentado pela Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998, e demais normas emanadas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

§4º. A contratante do Programa de Benefício da ASSEFAZ será qualificada da seguinte forma:

Qualificação do Beneficiário:

- Nome
- CPF/MF e RG
- Endereço
- Patrocinador

CAPÍTULO II

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 2 - O presente regulamento tem por objetivo assegurar, na forma definida no artigo 1º, inciso I, da Lei nº 9.656/1998, de 03 de junho de 1998, bem como em suas cláusulas, a prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço preestabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro a assistência médico-hospitalar, a cobertura de todas as doenças previstas no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, ressalvadas as hipóteses de exclusão de cobertura descritas neste Regulamento e no contrato.

Parágrafo Único: AASSEFAZ se compromete a prestar, à massa delimitada de beneficiários e dependentes inscritos no PLANO ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO, assistência médica Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia, e assistência odontológica da seguinte forma:

a) Assistência Médico-Hospitalar, baseada no sistema de faculdade de acesso, com atendimento de médicos, hospitais, entidades médicas especializadas e laboratórios que pactuem com a Rede Credenciada e/ou Referenciada, na forma e condições deste Regulamento.

Art. 3 - O presente Regulamento traça as diretrizes do plano de assistência à saúde, com características de contrato Coletivo Empresarial, revestindo-se, portanto, de bilateralidade, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, em consonância com o disposto nos artigos 472, 475 a 477 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), considerando-se, ainda, esta avença um contrato aleatório, regulado pelos artigos 458 a 461 da mesma Lei.

Parágrafo único: Não ocorrendo qualquer evento passível da cobertura contratada, persistirá a responsabilidade do beneficiário em efetuar o pagamento da mensalidade do plano de assistência à saúde.

CAPÍTULO III

DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO NO PLANO

Art. 4 - São denominados beneficiários titulares do PLANO ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO, obedecendo ao disposto no artigo 2º, inciso II, da RN 137/2006, alterada pelas RNS nº 148/2007 e 272/2011:

a) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora;

b) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora;

c) ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora;

d) pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;

e) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;

f) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora;

g) grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim;

Parágrafo Único - Ao beneficiário Titular é facultado incluir seus Dependentes, até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, mediante o pagamento da mensalidade correspondente à faixa etária de cada um deles.

I - Será considerado TITULAR o assim indicado pelo PATROCINADOR na Proposta de Adesão e aceito pela ASSEFAZ;

II - O TITULAR assumirá todas as responsabilidades previstas no contrato e neste Regulamento, referentes ao pagamento das mensalidades, prestação de informações e apresentação de declarações sempre que requeridas pela ASSEFAZ;

III - O TITULAR do plano deverá manter atualizados seus dados cadastrais, inclusive o endereço para correspondência.

a) Responsabiliza-se o TITULAR pela relação de dependência dos inscritos, assegurando-se à ASSEFAZ a obtenção de comprovação em todas as circunstâncias que sejam necessárias.

IV - São designados como DEPENDENTES, neste ato, as pessoas relacionadas pelo Beneficiário Titular na Proposta de Adesão, documento que é parte integrante do contrato para todos os fins de direito, juntamente com as Declarações de Saúde, cuja validade está condicionada à expressa aceitação pela ASSEFAZ;

V - Os DEPENDENTES incluídos ficarão individualmente sujeitos aos prazos de carência previstos na condição de vínculo do beneficiário/admissão.

VI - A inscrição de filho recém-nascido do beneficiário, natural ou adotivo, como dependente, estará isenta do cumprimento dos períodos de carência, ou alegação de doença ou lesão preexistente, depois de cumprida a carência de 300 (trezentos) dias para parto, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

VII - A inscrição do dependente não declinado pelo titular na proposta de adesão inicial deverá ser requerida em formulário próprio pelo titular, para efetivar a inscrição junto à ASSEFAZ.

Art. 5 - Os beneficiários somente terão direito à percepção dos benefícios previstos neste Regulamento, após deferimento de sua inscrição pela ASSEFAZ, que ocorrerá na data prevista no termo de adesão assinado pelo beneficiário.

Art. 6 - Serão exigidos os seguintes documentos para inscrição de beneficiários:

§1º. Beneficiário titular:

- a) Documentos pessoais: RG, CPF e Comprovante de Residência;
- b) Contrato de Trabalho;
- c) Proposta de Adesão, devidamente assinada pelo PATROCINADOR e pelo beneficiário titular.
- d) Atesto do PATROCINADOR, informando sobre o vínculo do beneficiário com o Órgão.

§2º. Cônjuge:

- a) Documentos pessoais: RG e CPF;
- b) Cópia da certidão de casamento civil;
- c) Proposta de Adesão, devidamente assinada pelo titular.

§3º. Companheiro(a):

- a) Documentos pessoais RG e CPF;
- b) Declaração de união estável registrada em cartório;
- c) Proposta de Adesão, devidamente assinada pelo titular.

§4º. Tutelados, filhos solteiros de até 18 anos e para filhos solteiros de até 24 anos de idade, (se cursando o Ensino Superior):

- a) Certidão de nascimento, de adoção ou documento tutelar legal;
- b) Documentos pessoais: RG e CPF, quando houver;
- c) Proposta de Adesão, devidamente assinada pelo titular.
- d) Declaração da faculdade, especificando o curso frequentado, período (anual/semestral) e data provável de término;
- e) Os documentos listados acima deverão ser renovados sempre que

ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição, sendo que os documentos referentes à matrícula em instituição de ensino superior deverão ser apresentados semestralmente.

§5º. Filhos inválidos:

- a)** - Certidão de nascimento;
- b)** Documentos pessoais: RG e CPF;
- c)** - Comprovante de invalidez de acordo com a legislação vigente da Previdência Social e Imposto de Renda;
- d)** Proposta de Adesão, devidamente assinada pelo titular.

§6º. Agregados, sendo assim considerado todo aquele que não é dependente direto do titular, limitado ao terceiro grau, seja consanguíneo, seja por afim:

- a)** - Certidão de nascimento;
- b)** Documentos pessoais: RG e CPF;
- c)** Proposta de Adesão, devidamente assinada pelo titular.
- d)** Documentos comprobatórios do grau de parentesco com o titular;

Art. 7 - É assegurada a inscrição ao filho recém-nascido do titular, natural ou adotivo, como dependente no plano contratado, mediante comunicação por escrito, nos 30 (trinta) primeiros dias após o parto, acompanhada de certidão de nascimento ou termo de adoção registrado em cartório, desde que tenha nascido na vigência do contrato e o beneficiário titular já tiver cumprido os períodos de carências, obedecendo-se às exclusões e limitações previstas neste Regulamento.

Art. 8 - Em caso de inscrição de filho adotivo do titular, menor de 12(doze) anos de idade ou adotados durante a vigência do contrato, serão aproveitados os períodos de carências já cumpridos pelo adotante.

Art. 9 - A inscrição do novo cônjuge do beneficiário titular como dependente no plano contratado é assegurada mediante comunicação, por escrito, nos 30 (trinta) primeiros dias após o casamento, acompanhada de certidão de casamento, desde que tenha casado na vigência do Regulamento e o beneficiário titular já tiver cumprido os períodos de carências, obedecendo-se às exclusões e limitações previstas neste Regulamento.

CAPÍTULO IV

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 10 - Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, os beneficiários terão cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, serviços auxiliares e exames complementares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), da Organização Mundial de Saúde, conforme preceitua o art. 10 da Lei 9.656/1998.

Art. 11 - O atendimento será assegurado independentemente do local de origem do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste instrumento.

Art. 12 – Fica assegurada também a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, conforme previstos no Anexo I da RN 192/2009, e alterações posteriores, bem como a participação de profissional médico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

Art. 13 - Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar, consultas médicas, exames clínicos e laboratoriais, bem como terapias, conforme relacionado a seguir:

a) Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), conforme artigo 12, I, “a”, da Lei 9.656/1998 e artigo 14, I, da RN 167/2008;

b) Cobertura de 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 não se caracterize como internação (artigo 12, I, “b”, da Lei 9656/1998, artigo 14, II da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

c) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta. (artigo 17, VI, RN 211/2010);

d) Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento (artigo 17, IV, da RN 211/2010);

e) Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado (artigo 17, V, da RN 211/2010);

f) Cobertura para os seguintes procedimentos, considerados especiais (artigo 17, X, XI, XII, XIII, XIV, XV da RN 211/2010):

- cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, estabelecidos no Rol de Eventos e Procedimentos vigente à época do evento;
- cobertura dos procedimentos de radioterapia estabelecidos no Rol de Eventos e Procedimentos vigente à época do evento;
- cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam 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 segmento ambulatorial no Rol de Eventos e Procedimentos vigente à época do evento;
- cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Eventos e Procedimentos vigente à época do evento.

§1º. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco

à vida do paciente, demanda atendimento especial, devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

§2º. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Art. 14 - As consultas médicas serão realizadas em consultório de médico credenciado, referenciado ou em clínica médica, escolhidos entre os inscritos na rede credenciada e/ou referenciada, em horário normal de consulta e previamente agendadas, salvo os casos de urgência e/ou emergência.

§1º. Não será cobrada nova consulta por ocasião do retorno para apresentação de exames após a consulta, de acordo com marcação do médico assistente.

DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR

Art. 15 - Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade do leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pela ASSEFAZ (artigo 12, II “a” c/c artigo 33, ambos da Lei 9.656/1998, englobando os seguintes itens:

a) Fica assegurada a internação em acomodação em nível apartamento para os beneficiários e seus dependentes vinculados ao contrato deste plano.

b) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, conforme o artigo 12, II, “b”, da Lei 9656/1998;

c) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, conforme o artigo 12, II, “c”, da Lei 9656/1998;

d) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme o artigo 12, II, “d”, da Lei 9656/1998;

e) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, conforme o artigo 12, II, “e”, da Lei 9656/1998;

f) Remoção comprovadamente necessária do paciente para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro, conforme o artigo 12, II, “e”, da Lei 9656/1998, por via terrestre;

g) Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nos termos do artigo 12, II, “f”, da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso e artigo 18, VII, da RN 211/2010;

h) Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, 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, conforme artigo 18, VII, da RN 211/2010

i) Cobertura da 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, conforme artigo 18, IX, da RN 211/2010;

j) Os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à

continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, conforme dispõe o artigo 18, X, da RN 211/2010:

- hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, como definia no artigo 17, inciso XI, da RN 211/2010;
- procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde vigente à época do evento, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Anexo da RN 211/10 da ANS, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10.223/2001);
- cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, previstos no anexo II da RN 211/10, bem como as despesas com os

procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo todas aquelas necessárias à sua realização como: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na hipótese de realização dos referidos transplantes, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's), sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

- assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, esclarecendo-se que esta se dará a critério do médico assistente.

Art. 16 - As internações serão processadas mediante expedição de guia de autorização pela ASSEFAZ, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverão ser observadas as regras específicas prevista neste Regulamento.

DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 17 – O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida na segmentação hospitalar deste Regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

a) Cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la;

b) Cobertura assistencial ao filho recém-nascido do beneficiário (ou de seu dependente), natural ou adotivo, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

c) Opção de inscrição assegurada ao filho recém-nascido do beneficiário, natural ou adotivo, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

DAS COBERTURAS EM SAÚDE MENTAL

Art. 18 – Aos beneficiários serão asseguradas às coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de transtornos psiquiátricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS e codificados na CID-10, mediante solicitação em parecer específico do médico assistente.

Para os efeitos legais deste Regulamento, entende-se portador de transtorno psiquiátrico identificado o beneficiário que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação), em situação insustentável do ponto de vista clínico e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional e codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados (CID 10), 10º Revisão.

§1º. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

§2º. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão cobertos pelo plano;

§3º. A cobertura para psicoterapia, prevista pelo plano de saúde e obrigatória nos moldes previstos pelo rol de procedimentos e eventos da ANS, vigente à época do evento e pelas normas internas da ASSEFAZ, em consonância com a legalidade normativa.

§4º. Entende-se por internação em hospital-dia (12 horas) para transtornos mentais o recurso intermediário entre a internação hospitalar e o ambulatório. A cobertura é garantida quando diagnosticadas pelo médico assistente patologias psíquicas com cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimentos e Eventos da ANS, vigentes à época do evento e/ou outras previstas no plano.

§5º. A cobertura pelo plano e a previsão normativa no Rol de

Procedimentos e Eventos da ANS para procedimento psiquiátrico que requeira internação hospitalar está garantida até 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato.

§ 6º. Quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, será cobrada coparticipação crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 10% no primeiro mês, 20% no segundo mês, 30% no terceiro mês, 40% no quarto mês e 50% a partir do quinto mês, tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico efetivamente pago.

DOS TRANSPLANTES E DAS DESPESAS COM SEUS PROCEDIMENTOS VINCULADOS

Art. 19 - Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, submetem-se à legislação específica vigente, em especial à Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, ao Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, à Portaria n.º 3.407, de 5 de agosto de 1998, no que não for conflitante com o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei n.º 9.656/98, e eventual legislação superveniente.

A cobertura segue a previsão normativa do Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

Art. 20 - Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

I - Despesas assistenciais com doadores vivos;

II - Medicamentos utilizados durante a internação;

III - Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

IV - As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo Único - Os transplantes ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), serão ressarcidos em conformidade com o previsto no

artigo 32, da Lei n.º 9.656/98, de 3 de junho de 1998.

Art. 21 - Os beneficiários da ASSEFAZ, candidatos a transplantes de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se ao critério de fila única de espera e de seleção.

CAPÍTULO V

EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 22 - Estão excluídos das coberturas concedidas pela ASSEFAZ os seguintes procedimentos:

I - Atendimentos realizados em ambiente domiciliar (*home care*);

II - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

III - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

IV - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza, exceto para os casos de reconstrução mamária após cirurgia oncológica e correção cirúrgica da lipodistrofia (abdominal, prural e braquial) após cirurgia bariátrica;

V - Inseminação artificial;

VI - Tratamentos de rejuvenescimento ou em clínicas de emagrecimento com finalidade estética;

VII - Tratamento em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas para acolhimento de idosos e internações para tratamento que não necessitem de acompanhamento médico em ambiente hospitalar;

VIII - Tratamento cuja finalidade seja mudança de sexo;

IX - Investigação diagnóstica eletiva – *check-up* em regime de internação hospitalar.

X - Transplantes, com exceção de córnea e rim, e transplante de medula óssea autólogo.

XI - Medicamentos e materiais utilizados para tratamento em regime domiciliar;

XII - Remoção por via aérea, e outras que não se enquadrem nos critérios definidos na cláusula que trata das remoções.

XIII - Fornecimento de medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais importados não nacionalizados e sem inscrição ativa na AN-VISA.

XIV - Fornecimento de próteses, órteses e materiais especiais, não ligados ao ato cirúrgico;

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

XVI - Casos de cataclisma, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XVII - Cirurgias refrativas, exceto para aquelas previstas no Rol de Procedimentos da ANS.

XVIII - Aplicação de vacinas, exceto aquelas aplicadas em regime hospitalar;

XIX - Necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XX - Aparelhos ortopédicos;

XXI - Aparelhos auditivos (exceto implante coclear);

XXII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXIII - Todo e qualquer tipo de atendimento em ambiente ambulatorial e ou hospitalar no exterior;

XXIV - Especialidade Médica não reconhecida pelos Conselhos Federais da área de saúde;

XXV - Medicina do trabalho, incluindo acidente de trabalho e suas consequências, exames pré-admissionais, periódicos, demissionais ou equivalentes e de diagnóstico ocupacional, medicina ocupacional e de segurança do trabalho, doenças ocupacionais e suas consequências, incluindo a reabilitação e readaptação profissional.

XXVI - Medicina de família e comunidade;

XXVII - Medicina do tráfego;

XXVIII - Medicina esportiva;

XXIX - Medicina legal;

XXX - Procedimentos que não constem no Rol de Procedimentos da ANS vigente à data do evento;

XXXI - Procedimentos não discriminados no item das coberturas.

CAPÍTULO VI

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 23 – Os beneficiários do ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO estarão sujeitos ao cumprimento dos seguintes períodos de carência, quando do seu ingresso no plano:

- 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;

- 30 (trinta) dias para consultas médicas e exames complementares básicos;

- 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos, bem como para internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos especiais;

- 300 (trezentos) dias: para partos a termo.

Art. 24 – Ficarão isentos de cumprimento do período de carência os beneficiários vinculados a este Regulamento, desde que estes formalizem o pedido de ingresso até 30 (trinta) dias da obtenção do seu ingresso no PATROCINADOR ou de sua vinculação efetiva à ASSEFAZ, conforme estabelece o artigo 6.º da RN 195/2009, com alteração da RN 200/2009.

Art. 25 – Ficarão ainda isentos de cumprimento de carência os seguintes dependentes:

- I - O filho recém nascido do contratante (ou de seu dependente), natural ou adotivo, inscrito no mesmo plano, desde que a inscrição

ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, ou, ainda, quando for menor sob guarda provisória concedida em processo de adoção, até 30 (trinta) dias após a concessão da guarda, que deverá ser renovada anualmente.

II - O cônjuge do contratante, desde que sua inscrição ocorra no prazo de até 30 dias após o casamento.

III - O companheiro ou companheira de união homoafetiva, comprovada a coabitação, no prazo de até 30 (trinta) dias após emissão da Declaração Coabitação, expedida por Cartório.

Parágrafo Único: Caso a renovação anual da guarda não seja comprovada, o beneficiário dependente será sumariamente excluído do plano até comprovação de vínculo com o beneficiário titular.

Art. 26 – Independentemente dos números de participantes do programa de benefício, a Assefaz assegurará o ingresso sem carência, desde que cumpridos os requisitos do art. 25 deste regulamento.

CAPÍTULO VII

DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 27 – O prazo do contrato será por tempo indeterminado.

Parágrafo Único: O início da vigência do contrato será na data da assinatura do convênio.

CAPÍTULO VIII

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 28 – Em conformidade com a legislação vigente, este produto, sendo operado por entidade classificada na modalidade de autogestão, não adotará condições específicas para beneficiários portadores de doenças e lesões preexistentes, garantido, portanto, sua cobertura integral.

CAPÍTULO IX

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 29 - Definem-se como:

I – Casos de emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato; e

II – Casos de urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

§1º. Para os casos de urgência e emergência, a ASSEFAZ garantirá a assistência médica que atuará no sentido da preservação da vida, órgãos e funções.

§2º. Os casos de urgência e emergências serão cobertos da seguinte forma:

a) Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato, conforme estabelece o artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU 13/1998;

b) Depois de cumpridas as carências, 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, conforme estabelece o artigo 3º da Resolução CONSU 13/1998;

c) Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, conforme estabelece o artigo 4º, *caput* e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998;

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

Art. 30 - Será garantida a cobertura da remoção inter-hospitalar, via terrestre, dentro da área geográfica de abrangência do plano (artigo 12, inciso II, alínea “e”, da Lei 9.656/1998), preferencialmente no mesmo município da internação ficando garantido ainda:

§1º. A cobertura de 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. A cobertura de 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. 31 - Nas situações descritas nos artigos anteriores são aplicáveis as seguintes regras:

a) Caberá à ASSEFAZ 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;

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

c) Na remoção, a ASSEFAZ deverá disponibilizar ambulância, por via terrestre, com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;

d) Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não seja pertencente ao SUS e fora da rede credenciada, a ASSEFAZ estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CAPÍTULO X

REEMBOLSO

Art. 32 - Nos atendimentos de emergência ou urgência e nos atendimentos eletivos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela ASSEFAZ, será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998), nos moldes e limites apresentados nos artigos seguintes.

Art. 33 - O reembolso das despesas realizadas nos atendimentos de urgência e emergência será da seguinte forma:

Nos casos das consultas será, reembolsado o valor da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5ª Edição, sem a utilização de bandas, independente do valor pago pelo beneficiário, sendo reembolsado integralmente nos casos em que não houver rede de cobertura no local.

Art. 34 - As tabelas a serem utilizadas para o cálculo do valor de reembolso de procedimentos será a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5ª Edição, sem a utilização de bandas.

§1º. Qualquer dúvida referente ao método de reembolso poderá ser sanada por meio do site da Fundação (www.assefaz.org.br), ou pelas Gerências Estaduais e Locais.

§2º. O reembolso obedecerá à tabela de honorários médicos praticada pela ASSEFAZ, não podendo ultrapassar, em hipótese nenhuma, os valores registrados na Nota Fiscal e pagos pelo beneficiário.

Art. 35 - A análise para o reembolso previsto nos termos deste regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais:

a) Relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico e CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;

b) Conta hospitalar detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por nota fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;

c) Recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF.

§1º. Para os dependentes, os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o beneficiário titular.

§2º. Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais, devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

§3º. Em nenhuma hipótese a ASSEFAZ aceitará, para fins de reembolso, documentos que não sejam originais.

§4º. Após a aceitação dos documentos apresentados e a comprovação do evento e das despesas, por intermédio de auditoria médica, o pagamento do reembolso das despesas será efetuado em até 30 (trinta) dias.

§5º. Para que o reembolso seja efetivado, o beneficiário deverá caracterizar perfeitamente o evento, mediante documentação original solicitada, no prazo máximo de 1 (um) ano após o evento.

§6º. O valor do reembolso não será inferior ao valor constante nas tabelas utilizadas para os procedimentos médico-hospitalares, conforme prescreve o inciso IX, artigo 2º, Resolução CONSU 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução CONSU 15/1998).

§7º. Caso o custo real das despesas seja inferior ao valor fixado na Tabela ou ao valor praticado pela rede credenciada, o reembolso será efetuado no valor efetivamente pago.

§8º. A ASSEFAZ não se responsabilizará pelas despesas extraordinárias do beneficiário titular e/ou dependente.

CAPÍTULO Nº XI

REDE DE ATENDIMENTO

Art. 36 - Não se aplica o art. 4º, inciso I alínea “b” da Resolução CONSU nº 08/1998, neste Regulamento, tendo em vista não operacionalizar-se qualquer mecanismo de direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

Parágrafo Único: A liberação de procedimentos básicos será concedida pela ASSEFAZ, por meio da apresentação da carteira de identificação do plano, seguida do RG do beneficiário ao prestador de serviços.

Art. 37 – Os procedimentos que necessitam de autorização são aqueles definidos na tabela de procedimentos CBHPM/TUSS, elaborada pela contratada, vigente à época do evento:

§1º. As guias devem ser devidamente preenchidas e assinadas pelo prestador, bem como pelo paciente, sob pena de devolução, anotando-se o CID e os demais códigos que as orientam.

§2º. A autorização para as internações hospitalares, cirurgias ambulatoriais, diálise de qualquer natureza, quimioterapia e radioterapia, sessões de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional, deverão ser solicitadas à Central de Atendimento pelo prestador de serviço credenciado (médico, ambulatório, clínica e hospital).

§3º. A rotina para obtenção e emissão da resposta à solicitação médica será efetuada no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência, consoante prescreve o artigo 4º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98.

Art. 38 - A ASSEFAZ reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante de sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente.

Art. 39 - É facultada à ASSEFAZ a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com 30

(trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17º e seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

§1º. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o *caput* deste artigo ocorrer por decisão da ASSEFAZ, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a ASSEFAZ, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

§2º. Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando a ASSEFAZ arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

Art. 40 - Ficarão disponibilizadas para os beneficiários as informações a respeito da rede de prestadores de serviços, por meios de divulgação eletrônica, no sítio da ASSEFAZ (www.assefaz.org.br).

Art. 41 - Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da ASSEFAZ, conforme estabelece o artigo 12, I, "b", da Lei nº 9.656/98, c/c o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU nº 8/98, observada a cobertura contratada.

Art. 42 - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Art. 43 - Os cadastramentos e contratos com médicos, estabelecimentos hospitalares e laboratoriais serão organizados e propostos pelo Setor de Credenciamento da ASSEFAZ, após cuidadoso exame de seu currículo, não sendo permitida a admissão de profissionais que tenham sofrido punição por infração ao Código de Ética, observado o seguinte:

I - Os contratos serão firmados por tempo indeterminado, podendo ser cancelados mediante proposta do Setor de Credenciamento ou por

deliberação da ASSEFAZ, respeitadas as estipulações contratuais e a legislação vigente;

II - Os credenciados deverão atender pessoalmente os beneficiários, ressalvada a hipótese de se tratar de pessoa jurídica, quando então os clínicos que a compuserem serão nominalmente identificados;

III - Não poderão cadastrar-se ou firmar convênios com o serviço entidades cujos proprietários participem da administração da ASSEFAZ, ou que possuam qualquer vínculo empregatício;

IV – Constitui-se obrigação do credenciado manter padrão técnico, de modo a assegurar a qualidade dos produtos e serviços.

Art. 44 – Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora, conforme art. 18, X, §2º, III – RN 211/11, alterada pela RN 262/11.

CAPÍTULO XII

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Art. 45 - A contraprestação pecuniária devida à ASSEFAZ se enquadra como preço preestabelecido, pois o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

Art. 46 – O valor da mensalidade do plano é de responsabilidade do TITULAR e terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde que deverá ser paga à ASSEFAZ na data estabelecida no respectivo contrato.

Art. 47 – A forma de custeio do plano será por meio das mensalidades pagas pelos beneficiários, bem como complementação do PATROCINADOR.

I - O TITULAR responsabilizar-se-á pela verificação mensal do pagamento da mensalidade e, não tendo sido debitado o respectivo valor, deverá procurar uma das unidades da ASSEFAZ para quitação.

II - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

III - O pagamento será em valores expressos em moeda corrente, por beneficiário inscrito.

IV - O atraso no pagamento das mensalidades ocasionará a incidência de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.

CAPÍTULO XIII

REAJUSTE

Art. 48 – As contraprestações pecuniárias serão reajustadas anualmente, com base em cálculo atuarial, na data do aniversário do contrato, independente da data de adesão individual de cada beneficiário.

§1º - O reajuste aplicado será comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar na forma que estabelece os artigos 13, 14 e 15 da RN 171/2008, alterada pela RN 274/2011.

§2º - Os reajustes aplicados pela ASSEFAZ ao plano de saúde poderão ser:

I - Anual: Corresponde à variação de custos médicos e hospitalares no período mínimo de 12 (doze) meses;

II - Técnico: Ocorre quando as despesas totais ultrapassam as receitas, decorrentes da variação dos custos e sinistralidade. É calculado atuarialmente, e pode ser feito a qualquer tempo, obedecido o período mínimo de 12 meses, devendo ser comunicado à ANS;

III - Por mudança de faixa etária: Ocorre quando há alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para faixa etária superior, readequando automaticamente as mensalidades, no mês seguinte ao do aniversário, de acordo com o percentual previsto no contrato.

Art. 49– Como este regulamento não prevê valor para Coparticipação e Franquia, o percentual de reajuste será aplicado somente na contraprestação pecuniária.

Art. 50- A ASSEFAZ não aplicará reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98, conforme estabelece o artigo 19, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009 e RN 254/2011.

Art. 51- Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de contrato no mesmo plano, conforme prescreve artigo 20 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009;

CAPÍTULO XIV

FAIXAS ETÁRIAS

Art. 52 – A mensalidade do plano de saúde será aquela estabelecida na tabela de vendas da ASSEFAZ na data de adesão do TITULAR ou de seu DEPENDENTE, com base na distribuição de faixa etária, a saber:

FAIXA ETÁRIA

00 – 18 anos

19 – 23 anos

24 – 28 anos

29 – 33 anos

34 – 38 anos

39 – 43 anos

44 – 48 anos

49 – 53 anos

54 – 58 anos

59 ou mais

§ 1º - Sempre que ocorrer alteração na idade do TITULAR e de seus DEPENDENTES, que implique deslocamento para outra faixa etária, novos valores serão cobrados mensalmente, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com os valores da tabela da ASSEFAZ em vigor.

§2º - As readequações de mensalidade decorrentes de mudança de faixa etária serão cobradas, aplicando-se os percentuais abaixo e de acordo com a respectiva faixa:

VARIAÇÃO % DE FAIXA ETÁRIA

00 – 18 anos 0%

19 – 23 anos 10%

24 – 28 anos 10%

29 – 33 anos 15%

34 – 38 anos 15%

39 – 43 anos 20%

44 – 48 anos 28%

49 – 53 anos 30%

54 – 58 anos 34%

59 ou mais 40%

CAPÍTULO XV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 53 A perda da condição do plano de assistência a saúde ocorrerão nas seguintes situações:

I – Morte, cancelamento do contrato, omissão, falsidade, inexistência ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão que sejam relevantes e visem à obtenção de benefícios ou vantagens incompatíveis com os termos do contrato;

II - Inadimplência do beneficiário em relação às mensalidades e contribuições mensais e descumprimento do Estatuto da ASSEFAZ.

III – As exclusões cadastrais implicam na perda do direito ao atendimento no último dia de cobertura já paga pelo TITULAR, sendo de exclusiva responsabilidade deste o ônus decorrente do prosseguimento do atendimento após essa data.

§ 1º - O contrato poderá ser rescindido pelo TITULAR, sendo imprescindível a comunicação escrita com antecedência de 30 (trinta) dias.

§ 2º - A rescisão contratual, por iniciativa do TITULAR, somente poderá se dar mediante solicitação, por escrito, encaminhada à ASSEFAZ, devendo o TITULAR realizar o pagamento das mensalidades vencidas e a imediata devolução à ASSEFAZ do documento de identificação (carteirinha), destinada ao uso dos serviços do contrato. Caso não haja a devolução da carteira, fica a ASSEFAZ, desde já, autorizada a cobrar todos os valores decorrentes do uso indevido dessa documentação (carteirinha).

§ 3º - Qualquer fraude em documento ou informação, devidamente comprovada, acarretará a imediata suspensão ou rescisão do contrato, com exclusão do TITULAR e seus DEPENDENTES, não lhes assistindo o direito a quaisquer dos benefícios previstos no contrato, nem mesmo devolução de qualquer quantia paga.

§ 4º - A solicitação de desligamento do TITULAR não o desobrigará do pagamento dos débitos a sua responsabilidade, nem mesmo estará sujeito a devolução do valor da mensalidade.

§ 5º - O atraso no pagamento da mensalidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, acumulado nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, acarretará o cancelamento do contrato, ficando a ASSEFAZ obrigada a notificar tal fato ao (à) TITULAR até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

§ 6º - O cancelamento do contrato por inadimplência não desobrigará o TITULAR do pagamento das mensalidades vencidas, ficando assegurado à ASSEFAZ o direito de cobrar em juízo os valores não pagos pelo TITULAR.

CAPÍTULO XVI

RESCISÃO

Art. 54- Por tratar-se de contrato coletivo empresarial, a rescisão contratual operar-se-á entre a ASSEFAZ e o PATROCINADOR, nos termos descritos no contrato de convênio firmado entre estas partes.

CAPÍTULO XVII

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

ASSISTÊNCIA FARMACOLÓGICA

Art. 55 - O BENEFICIÁRIO terá direito ao reembolso de 50% das despesas efetuadas com aquisição de medicamentos alopáticos, homeopáticos e manipulados, desde que cobertos pelo contrato. Para se habilitar ao reembolso, deverá apresentar à ASSEFAZ os seguintes documentos originais e sem rasuras:

- a) Receita médica;
- b) Nota fiscal; e
- c) Relatório médico, quando necessário.

§ 1º - O receituário apresentado deverá obrigatoriamente conter:

- a) Nome completo do paciente;
- b) Identificação do profissional assistente (nome, assinatura, CRM ou CRO legível e especialidade do profissional, sob qualquer forma de impressão);
- c) Data do atendimento (dia, mês e ano);
- d) Identificação dos produtos prescritos;
- e) Posologia; e
- f) Duração do tratamento (período de tempo durante o qual o medicamento deverá ser utilizado).

§ 2º - A nota fiscal deverá estar obrigatoriamente preenchida com as seguintes informações:

- a) Nome e quantidade dos produtos adquiridos;
- b) Valor pago por cada produto adquirido;
- c) Valor total pago; e
- d) Data da compra.

§ 3º - A Assefaz somente aceitará a prescrição de medicamentos compatíveis com a especialidade do médico que assina a receita.

1. Serão acatadas receitas de médicos pediatras para usuários com até 18 anos incompletos.

2. Serão acatadas receitas de médicos geriatras pra usuários maiores de 60 anos.

3. Serão acatadas receitas emitidas por dentistas para as seguintes classes de medicamentos:

- Analgésicos
- Anti-inflamatórios; e
- Antibióticos.

§ 4º - O prazo máximo para a solicitação do reembolso de medicamentos é de 60 (sessenta) dias, a contar da data de aquisição do produto.

§ 5º - Não será concedido reembolso quando a compra dos medicamentos for efetuada após 30 (trinta) dias, contados a partir da data da prescrição médica.

§ 6º - O reembolso deverá ser efetuado pela Assefaz em no máximo 30 (trinta) dias após o recebimento da solicitação de reembolso, desde que apresentada toda a documentação e obedecidas às especificações desta cláusula.

§ 7º - As solicitações de reembolso serão analisadas técnica e administrativamente pela ASSEFAZ, que efetuará, dentro do prazo previsto no parágrafo sexto desta cláusula, o pagamento da parte do processo considerada pertinente. Havendo indeferimento total ou parcial, será emitido documento ao beneficiário, informando sobre os motivos da glosa.

§ 8º - O beneficiário terá direito de recorrer da glosa. Para tanto, deverá apresentar novos argumentos ou documentos que possam alterar a análise do processo ou esclarecer as dúvidas existentes. O beneficiário terá 30 (trinta) dias corridos para apresentar o recurso de glosa, a contar do recebimento do documento citado no parágrafo sétimo desta cláusula. Findo este período sem que tenha sido apresentado recurso, as glosas serão consideradas aceitas, não cabendo mais recurso com vistas à reanálise do processo.

§ 9º - Recebido o recurso de glosa, a ASSEFAZ terá 30 (trinta) dias corridos para reanalisar o processo à luz dos novos argumentos e/ou

da nova documentação apresentada pelo beneficiário. Dentro desse prazo, a ASSEFAZ deve efetuar o pagamento da parte do processo considerada pertinente e/ou disponibilizar ao beneficiário novo relatório de indeferimento. Findo este período sem que tenha sido apreciado o recurso, este será considerado integralmente acatado, devendo ser quitado durante a semana subsequente.

Art. 56 – Serão excluídos de cobertura os medicamentos e produtos enquadrados nos seguintes grupos:

1. Produtos excluídos de cobertura em cláusula contratual;
2. Produtos sem registro na ANVISA;
3. Produtos indicados para procedimentos e ou patologias sem cobertura contratual;
4. Cosméticos;
5. Produtos dietéticos;
6. Produtos odontológicos;
7. Medicamentos de uso exclusivo hospitalar;
8. Nutrientes e produtos alimentares;
9. Medicamentos para fins diagnósticos;
10. Produtos em fase experimental;
11. Produtos indicados para fins diversos daqueles previstos em seu registro na ANVISA;
12. Produtos contraceptivos, anticoncepcionais e anovulatórios.

CAPÍTULO Nº XVIII **ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Art. 57 – Este contrato oferece as coberturas para serviços odontológicos realizados em consultório, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos, desde que prestados por clínicas de odontologia e por dentistas devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia da jurisdição onde atuem, mediante apresentação da carteira de

identificação do usuário e respeitados os prazos de carência e os limites estabelecidos neste Regulamento.

CAPÍTULO XIX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 58 - A utilização dos serviços previstos neste Regulamento, após o desligamento dos beneficiários do PLANO ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO, será considerada uso indevido, respondendo o beneficiário titular pelas despesas integrais, além de sujeitar-se às penalidades cabíveis.

Art. 59 - O não cumprimento das normas aqui estabelecidas exime a ASSEFAZ de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos adotados.

Art. 60 – As omissões e dúvidas deste Regulamento serão submetidas à apreciação e decisão do Conselho de Administração da ASSEFAZ. Poderá o Presidente da ASSEFAZ tomar decisões relacionadas à administração do plano de assistência à saúde, devendo ser posteriormente convalidada pelo Conselho de Administração da ASSEFAZ.

Art. 61 - Qualquer tolerância ou concessão praticada pela ASSEFAZ, no tocante às coberturas do plano contratado, não se constituirá em novação, renúncia ou alteração do pactuado, bem como não caracterizará qualquer direito adquirido pelos beneficiários.

Art. 62 – Os beneficiários, por si e seus dependentes, quando da assinatura da Proposta de Adesão, autorizam a ASSEFAZ ter acesso aos seus prontuários, quando referentes aos atendimentos prestados pelo plano.

Art. 63 - Os beneficiários, por si e por seus dependentes, quando da assinatura da Proposta de Adesão, autorizam a ASSEFAZ a prestar todas as informações cadastrais no que diz respeito aos atendimentos realizados, solicitadas pelos órgãos de fiscalização de assistência à saúde.

Art. 64 – Respeitada a legislação em vigor, relacionada às operadoras que atuam na modalidade de autogestão, em que existir carência de prestadores da rede credenciada o atendimento poderá ser garantido por meio de relação indireta com outra operadora, de acordo com a norma vigente.

Art. 65 - Reserva-se a ASSEFAZ o direito de efetuar, a qualquer momento, averiguação ou pesquisa referente à documentação apresentada, bem como solicitar relatório médico para análise ou realização de perícia.

Art. 66 – O não atendimento a solicitação da ASSEFAZ, por parte do beneficiário, o sujeitará a aplicação das penalidades prevista neste regulamento, bem como ao ressarcimento à ASSEFAZ de valores já despendido por ela.

Art. 67 – Este Regulamento poderá ser alterado mediante decisão do Conselho de Administração da ASSEFAZ, no qual os participantes estão devidamente representados, sem prejuízo de direito dos participantes oriundos da adesão atual, em conformidade com os dispositivos legais. Poderá o Presidente da ASSEFAZ tomar decisões relacionadas à administração do plano de assistência à saúde, devendo ser posteriormente convalidada pelo Conselho de Administração da ASSEFAZ.

Art. 68 - Fazem parte do presente contrato os documentos entregues aos seus beneficiários, tais como: Proposta de Adesão, Declaração de Saúde, Guia do Beneficiário, Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação ao Beneficiário.

CAPÍTULO XX ELEIÇÃO DO FORO

Art. 69 - As partes elegem, de comum acordo e com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, o foro da sede do PATROCINADOR para a solução de eventuais pendências que se originarem deste instrumento.

CAPÍTULO XXI DA ABRANGÊNCIA DO PLANO

Art. 70 – O Plano Coletivo Empresarial firmado através do PATROCINADOR terá abrangência em todo o território nacional respeitadas as disposições da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, as determinações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO XXI

DA PERMANÊNCIA ESPECIAL DO BENEFICIÁRIO NO PLANO

Art. 71 – Ao beneficiário contratante de Plano Coletivo Empresarial que perca o vínculo empregatício com o PATROCINADOR, por rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º - O período de manutenção da condição de beneficiário pela perda do vínculo com o PATROCINADOR será de um terço do tempo de permanência no Plano originalmente contratado, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º- A manutenção de que trata este artigo é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano coletivo contratado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º - A manutenção do beneficiário com a perda de vínculo junto ao PATROCINADOR observará as disposições dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, além das determinações da Resolução Normativa RN Nº 279 de 24 de novembro de 2011, ou posteriores alterações.

Art. 72 – Ao aposentado contratante de Plano Coletivo Empresarial em decorrência de vínculo empregatício com a PATROCINADORA, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º - A manutenção do aposentado na qualidade de beneficiário observará as disposições do artigo 31 da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 e as determinações da Resolução Normativa RN Nº 279 de 24 de novembro de 2011, ou posteriores alterações.



0800 703 4545
www.assefaz.org.br