Fundação Assistencial
dos Servidores do Ministério da Fazenda

REGULAMENTO

ASSEFAZ CRISTAL
COLETIVO EMPRESARIAL

Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda
Assefaz/2019.

Superintendência Executiva

Regulamento do Plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL

Registro ANS 479966186 - Brasília/DF

Equipe de Coordenação Técnica.

Assessoria de Convênios

Coordenadoria Jurídica

Equipe de Apoio

Gerência Nacional de Saúde

Gerência Nacional de Administração e Finanças

Gerência de Tecnologia da Informação

Disponível: http://www.assefaz.org.br/novo

SUMÁRIO

TÍTULO I
Da Finalidade e Dos Atributos do Plano

CAPÍTULO I ***9***
Da Finalidade

CAPÍTULO II ***9***
Dos Atributos Gerais do Plano

TÍTULO II
Dos Patrocinadores, dos Beneficiários, das Condições para Adesão, do Cartão de Identificação do Beneficiário, do Cancelamento e Perda da Condição de Beneficiário, da Manutenção no Plano, da Transferência entre Planos e do Retorno ao Plano

CAPÍTULO I ***10***
Dos Patrocinadores

CAPÍTULO II ***10***
Dos Beneficiários

CAPÍTULO III ***12***
Das Condições para Adesão

CAPÍTULO IV ***13***
Do Cartão de Identificação do Beneficiário

CAPÍTULO V ***13***
Da Manutenção do Beneficiário no Plano Assefaz Cristal Empresarial

Seção I ***14***
Da Perda do Vínculo Funcional ou Empregatício por Exoneração ou Rescisão do Contrato de Trabalho sem Justa Causa

Seção II ***14***
Da Perda do Vínculo em Decorrência da Aposentadoria

Seção III ***15***
Do Afastamento Legal e Licença sem Vencimentos

Seção IV ***15***
Da Manutenção do Dependente e Agregado após o Falecimento do Titular

Seção V ***16***
Da perda do vínculo em razão de adesão ao Plano de Demissão Voluntária - PDV

CAPÍTULO VI ***16***
Do Cancelamento do Plano a Pedido do Beneficiário Titular e da Perda da Condição de Beneficiário

Seção I ***16***
Do Cancelamento do Plano a Pedido do Beneficiário Titular

Seção II ***17***
Da Perda De Condição Do Beneficiário

CAPÍTULO VII ***18***
Da Transferência entre Planos

CAPITULO VIII 19
Do Retorno ao Plano após o Cancelamento Ocorrido a Pedido do Beneficiário Titular e do Retorno ao Plano após o Cancelamento por Inadimplência.

TÍTULO III
Da Cobertura do Plano Assefaz Cristal Empresarial

CAPÍTULO I 19
Da Cobertura Garantida

CAPÍTULO II 21
Da Cobertura Ambulatorial

CAPÍTULO III 22
Da Cobertura Hospitalar

CAPÍTULO IV 24
Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

CAPÍTULO V 24
Da Cobertura para Saúde Mental

CAPÍTULO VI 25
Das Exclusões de Cobertura

CAPITULO VII 27
Da Garantia de Atendimento de Urgência e Emergência

TÍTULO IV
Dos Mecanismos de Regulação

CAPÍTULO I 28
Da Autorização Prévia

CAPÍTULO II 29
Da Junta Médica

CAPÍTULO III 29
Da Coparticipação

TÍTULO V
Das Carências, da Portabilidade, das Doenças e Lesões Preexistentes e da Cobertura Parcial Temporária

CAPÍTULO I 30
Da Carência

CAPÍTULO II 31
Da Portabilidade

CAPÍTULO III 35
Das Doenças e Lesões Preexistentes e da Cobertura Parcial Temporária

TÍTULO VI
Do Reembolso

CAPÍTULO ÚNICO 36
Da Garantia de Reembolso

TITULO VII
Da Rede Credenciada

CAPÍTULO ÚNICO ***37***
Da Rede Credenciada

TITULO VIII
Da Formação do Preço e Mensalidade, do Reajuste e da Faixa Etária

CAPÍTULO I ***38***
Da Formação de Preço e Mensalidade

CAPÍTULO II ***39***
Do Reajuste

CAPÍTULO III ***41***
Das Faixas Etárias

TÍTULO IX
Dos Programas Assistenciais

CAPITULO ÚNICO ***43***
Do Programa de Atenção Integral à Saúde

TÍTULO X
Das Disposições Gerais

CAPÍTULO ÚNICO ***44***
Das Disposições Gerais

TÍTULO XI
Da Duração do Contrato, da Rescisão do Contrato e do Foro

CAPÍTULO I ***45***
Da Duração do Contrato

CAPÍTULO II ***45***
Da Rescisão do Contrato

CAPÍTULO III ***45***
Do Foro

GLOSSÁRIO ***46***

ANEXO I ***49***

TÍTULO I

Da Finalidade e Dos Atributos do Plano

CAPÍTULO I
Da Finalidade

Art. 1º. O presente Regulamento tem por objetivo definir as diretrizes gerais do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, suas normas, processos e rol de procedimentos vigentes.

CAPÍTULO II
Dos Atributos Gerais do Plano

Art. 2º. O ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL é um plano coletivo empresarial administrado pela Assefaz, de abrangência nacional, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação em apartamento, com preço preestabelecido e fator moderador de coparticipação.

Art. 3º. A finalidade do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL é a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98.

Parágrafo Único - O plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL se restringe a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, bem como o Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, alcançando a todos os beneficiários inscritos, na forma e condições deste instrumento.

Art. 4º. Os serviços e coberturas do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL estão restritos exclusivamente ao rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, sendo qualquer procedimento material, atendimento ou benefício diferenciado das previsões mencionadas de responsabilidade do beneficiário solicitante e passíveis de cobrança.

Art. 5º. O presente regulamento possui características de contrato de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações tanto para o beneficiário inscrito como para esta Operadora, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

Art. 6º. Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada ao Patrocinador, por relação empregatícia ou estatutária, demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/1998.

TÍTULO II

Dos Patrocinadores, dos Beneficiários, das Condições para Adesão, do Cartão de Identificação do Beneficiário, do Cancelamento e Perda da Condição de Beneficiário, da Manutenção no Plano, da Transferência entre Planos e do Retorno ao Plano

CAPÍTULO I
Dos Patrocinadores

Art. 7º. Patrocinador é toda pessoa jurídica que celebra convênio de adesão de plano de saúde com a Assefaz, visando oferecer o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, facultando a adesão aos seus servidores ou empregados públicos, conforme previsão estatutária da Fundação.

CAPÍTULO II
Dos Beneficiários

Art. 8º. São considerados como beneficiários, para efeito deste Regulamento:

I. o titular;

II. os dependentes; e

III. os agregados.

Art. 9º. Podem ser inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL na condição de beneficiários titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com o Patrocinador.

I. empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora do plano da Assefaz;

II. empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora do plano da Assefaz;

III. o ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a entidade pública patrocinadora da Assefaz, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo;

IV. o pensionista do empregado e servidor descritos nos incisos I e II deste artigo;

V. empregados e administradores da própria entidade de autogestão; e

VI. servidores militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.

§ 1º. O beneficiário titular poderá incluir, a qualquer tempo, seus dependentes e agregados até o quarto grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, mediante o pagamento da mensalidade correspondente à faixa etária de cada um deles.

§ 2º. Os dependentes e agregados incluídos ficarão individualmente sujeitos aos prazos de carência previstos neste Regulamento.

§ 3º. O beneficiário titular assumirá todas as responsabilidades previstas no contrato firmado com o Patrocinador e neste Regulamento, referente ao pagamento das mensalidades, prestação de informações e apresentação de declarações sempre que requeridas pela Assefaz;

§ 4º. O beneficiário titular do plano deverá manter atualizados seus dados cadastrais, incluindo o

endereço para correspondência e conta bancária, bem como se responsabilizar pela comprovação da relação entre os dependentes e agregados inscritos.

Art. 10. Poderão ser inscritos como beneficiários dependentes do titular no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, a qualquer tempo:

I. cônjuge, companheiro ou companheira de união estável;

II. companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecidos aos mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

III. a pessoa separada judicialmente, divorciada ou em união estável ou homoafetiva reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

IV. os filhos, natural ou adotivo e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade;

V. os filhos, natural ou adotivo e enteados, entre 21(vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do titular e estudantes de curso regular, reconhecido pelo Ministério da Educação;

VI. criança ou adolescente sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos “IV” e “V” desse artigo; e

VII. os filhos inválidos, enquanto durar a invalidez.

§ 1º. A existência de dependentes constante nos incisos “I” e “II” do artigo 10 exclui a possibilidade de adesão prevista no inciso “III” do mesmo parágrafo, exceto por determinação judicial.

§ 2º. A inscrição do novo cônjuge ou companheiro(a) do beneficiário titular como dependente é assegurada, desde que tenha adquirido esta condição na vigência do seu convênio e comprovada a exclusão do cônjuge ou companheiro(a) anteriormente inscrito.

§ 3º. Os filhos com 24 (vinte e quatro) anos ou mais somente serão inscritos na condição de agregados.

§ 4º. Os beneficiários dependentes incluídos ficarão individualmente sujeitos aos prazos de carência previstos neste Regulamento.

Art. 11. Poderão ser inscritos como **agregados do beneficiário titular**, a qualquer tempo, o grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, desde que não detenha a condição de elegibilidade de dependentes do titular, prevista no artigo anterior:

I. filhos(as) e enteados(as) do beneficiário titular que não detêm a condição justificadora para serem dependentes do titular;

II. cônjuge ou companheiro(a) dos filhos e enteados do beneficiário titular;

III. netos (as) do beneficiário titular;

IV. bisnetos(as) do beneficiário titular

V. enteados (as) do filho do beneficiário titular;

VI. filhos (as) do(a) enteado(a) do beneficiário titular;

VII. irmãos (ãs) do beneficiário titular;

VIII. cunhados (as) do beneficiário titular;

IX. sobrinhos (as) do beneficiário titular;

X. sobrinhos (as) neto(as) do beneficiário titular;

XI. mãe e/ou madrasta do beneficiário titular;

XII. pai e/ou padrasto do beneficiário titular;

XIII. sogro e sogra do beneficiário titular;

XIV. tios (as) do beneficiário titular;

XV. primos (as) do beneficiário titular;

XVI. bisnetos (as) do beneficiário titular;

XVII. avô do beneficiário titular;

XVIII. bisavô do beneficiário titular;

XIX. trisavô do beneficiário titular; e

XX. tio avô do beneficiário titular.

§ 1º. A adesão dos dependentes e agregados definidos nos artigos 10 e 11 deste Regulamento (grupo familiar) dependerá da participação do titular, no mesmo plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL.

§ 2º. A inscrição dos beneficiários previstos neste artigo deverá observar as condições de elegibilidade previstas no convênio celebrado entre a Assefaz e o Patrocinador, no qual o beneficiário titular está vinculado e o presente Regulamento, respectivamente, desde que não haja divergência com os normativos vigentes da ANS.

CAPÍTULO III
Das Condições para Adesão

Art. 12. A adesão ao plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL é facultativa e voluntária, devendo o solicitante preencher os critérios de elegibilidade mencionados nos capítulos anteriores, bem como apresentar toda a documentação comprobatória constante no Anexo I deste Regulamento, por meio do convênio celebrado entre a Assefaz e o Patrocinador no qual o beneficiário titular está vinculado.

Art. 13. A admissão dos beneficiários será solicitada por intermédio do formulário de adesão, disponível no site da Assefaz, no endereço www.assefaz.org.br/novo, mediante autorização do Patrocinador, e somente será concretizada após a análise de todos os documentos apresentados à Assefaz, momento em que o beneficiário adere às regras, cláusulas e definições constantes do convênio de adesão firmado com o Patrocinador.

Parágrafo Único - O titular não poderá optar por incluir os dependentes e agregados, relacionados nos artigos 10 e 11 deste Regulamento, em plano diferente do seu.

Art. 14. Os beneficiários somente terão direito aos benefícios previstos neste Regulamento após deferimento de sua adesão pela Assefaz.

Parágrafo Único - A primeira contribuição será calculada *pro rata die*, ou seja, será computada pelos dias de cobertura no referido mês.

CAPÍTULO IV
Do Cartão de Identificação do Beneficiário

Art. 15. Será disponibilizado ao beneficiário do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL um cartão de identificação no formato virtual, disponível no site da Assefaz no endereço www.assefaz.org.br/novo, cuja apresentação, juntamente com documento oficial de identidade, é obrigatória para a utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

§ 1º. O beneficiário poderá optar pelo cartão de identificação no formato físico, sendo necessário fazer a solicitação no endereço www.assefaz.org.br/novo ou por meio da Central de Atendimento pelo telefone 0800 703 4545.

§ 2°. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão físico individual de identificação, o beneficiário deverá comunicar o fato, imediatamente, à Central de Atendimento da Assefaz, pelo telefone 0800 703 4545.

§ 3º. A Assefaz cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, exceto em caso de erro de impressão.

§ 4º. É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do cartão de identificação do beneficiário, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

§ 5º. Considera-se uso indevido a utilização do cartão para obter atendimento, pelos beneficiários que saibam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

§ 6º. Nessas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, e a exclusão do beneficiário do plano.

§ 7º. Cessa a responsabilidade do beneficiário, prevista no parágrafo anterior, a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

CAPÍTULO V
Da Manutenção do Beneficiário no Plano Assefaz Cristal Empresarial

Art. 16. É assegurado ao beneficiário que contribuir para o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, em decorrência de vínculo empregatício com o Patrocinador, o direito de manter sua condição de beneficiário após o cancelamento sucedido pelos motivos: exoneração ou rescisão do contrato de trabalho sem justa causa; aposentadoria; licença sem vencimentos; afastamento legal; e falecimento do titular. A manutenção será garantida nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral , conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações e também delineadas nas sessões I a V desse capítulo.

§ 1º. A manutenção de que trata o caput deste artigo somente será possível mediante solicitação formal, a ser feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar:

I. da comunicação inequívoca feita pelo Patrocinador (empregador) ao beneficiário, formalizada no ato da concessão do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado, ou da formalização da licença/afastamento, aposentadoria ou falecimento, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando vinculado ao órgão/titular;

II. da comunicação inequívoca feita pela Assefaz aos dependentes e agregados do titular autopatrocinado, após seu falecimento, e aos agregados dos titulares dos planos cancelados pelos motivos exoneração, aposentadoria, licença sem vencimento e afastamento legal, sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando vinculado ao titular.

§ 2º. O direito de manutenção de que trata este artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

§ 3º. O direito de manutenção assegurado neste artigo se extinguirá na ocorrência de qualquer das hipóteses a seguir:

I. pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

II. pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

III. pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e aposentados.

§ 4º. Para fins do disposto no inciso II do parágrafo anterior, considera-se novo emprego o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

§ 5º. A contribuição integral a que se refere o caput deste artigo será cobrada mensalmente mediante boleto bancário ou débito em conta corrente.

Seção I
Da Perda do Vínculo Funcional ou Empregatício por Exoneração ou Rescisão do Contrato de Trabalho sem Justa Causa

Art. 17. Ao titular do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, no caso de exoneração do cargo ou rescisão do vínculo funcional ou empregatício sem justa causa, incluindo o empregado da própria autogestão, é assegurado o direito de manter-se como beneficiário, na modalidade de autopatrocinado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício, desde que assuma o pagamento integral da contribuição do plano e faça formalmente a opção pela manutenção, observado o disposto nos incisos I e II do parágrafo primeiro do artigo 16.

Parágrafo Único - O período de manutenção da condição a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, na forma prevista em lei, sendo o direito obrigatoriamente extensivo a todos os dependentes e agregados inscritos quando do cancelamento do titular no plano, não sendo permitidas novas inscrições de dependentes e nem agregados, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos do titular.

Seção II
Da Perda do Vínculo em Decorrência da Aposentadoria

Art. 18. Ao beneficiário titular que tiver seu vínculo funcional ou empregatício rescindido com o Patrocinador no ato da aposentadoria, incluindo o empregado da própria gestão, e que contribuiu para o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL **por mais de 10 anos**, é assegurado o direito de manter-se como beneficiário por tempo indeterminado, na modalidade de autopatrocinado, nas

mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício, desde que assuma o pagamento integral da contribuição do plano e faça a solicitação formal, conforme disposto nos incisos I e II do parágrafo primeiro do artigo 16.

Art. 19. Ao beneficiário titular que tiver seu vínculo funcional ou empregatício rescindido com o Patrocinador no ato da aposentadoria, e que contribuiu para o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL **por período inferior a 10 (dez) anos**, é assegurado o direito de manutenção como titular, na modalidade de autopatrocinado, pelo período de 1 (um) ano para cada ano de contribuição antes da aposentadoria, observado os incisos I e II do parágrafo primeiro do artigo 16 deste Regulamento.

§ 1º. O direito de manutenção será, obrigatoriamente, extensivo aos dependentes e agregados inscritos quando da aposentadoria do titular, vedadas novas inscrições de dependentes e beneficiários agregados do titular, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos do titular aposentado.

§ 2º. Ao empregado aposentado que continua trabalhando no órgão Patrocinador e dele venha a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

I. o direito de que trata o § 2º será exercido pelo ex-empregado aposentado quando se desligar do Patrocinador;

II. o direito de manutenção de que trata esta seção é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

Seção III
Do Afastamento Legal e Licença sem Vencimentos

Art. 20. O servidor/empregado titular do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL que se desligar do seu órgão por motivo de afastamento legal ou licença sem vencimentos é assegurado o direito de manter-se como beneficiário na modalidade de autopatrocinado, pelo período correspondente à licença ou afastamento, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava antes da licença ou afastamento legal, desde que assuma o pagamento integral da contribuição do plano e faça solicitação formal pela manutenção, no período de 30 dias após o afastamento, conforme disposto no inciso I do parágrafo primeiro do artigo 16.

§ 1º. Poderá ser inscrito diretamente na categoria de autopatrocinado o servidor/empregado que, no caso de ingresso no plano de um novo Patrocinador, já esteja em gozo de licença sem vencimentos ou afastamento legal, desde que assuma o pagamento integral da contribuição do plano e faça a solicitação formal pela inscrição no plano, observado o disposto no Capítulo II deste Título.

§ 2º. O período de manutenção da condição a que se refere o caput será por tempo correspondente à licença sem vencimentos ou afastamento legal, sendo o direito obrigatoriamente, extensivo a todos os dependentes e agregados previstos nos artigos 10 e 11 deste Regulamento.

Seção IV
Da Manutenção do Dependente e Agregado após o Falecimento do Titular

Art. 21. Em caso de falecimento do titular, o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL poderá ser mantido pelos dependentes e agregados cobertos até o cancelamento do titular por falecimento, desde que estes tenham idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, ou pelo responsável legal

do beneficiário considerado menor ou incapaz, na forma do Código Civil Brasileiro, desde que faça formalmente a opção pela manutenção, assumindo as responsabilidades para com o plano e o pagamento integral das contribuições.

§ 1º. Inclui-se como dependente na forma do caput, o beneficiário que obtenha o direito de se tornar pensionista em virtude da morte do titular, até que o processo da pensão seja concluído.

§ 2º. O direito de manutenção, de que trata o caput deste artigo, será assegurado, desde que os beneficiários façam a opção pela manutenção no plano, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, observados os incisos I e II do parágrafo primeiro do artigo 16 deste Regulamento.

§ 3º. O período de manutenção da condição a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista em lei.

Seção V
Da perda do vínculo em razão de adesão ao Plano de Demissão Voluntária - PDV

Art. 22. Nos casos em que o beneficiário titular do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL aderir a Plano de Demissão Voluntária – PDV e houver o rompimento do vínculo empregatício com o Patrocinador, ocorrerá a perda imediata da condição de beneficiário do plano, sendo inaplicáveis ao presente caso as disposições contidas na Lei n. º 9.656, de 1998 e na RN n. º 279 de 2011.

Parágrafo Único - A perda da condição de beneficiário aplicar-se-á ao titular e, consequentemente, a todos os seus dependentes e agregados.

CAPÍTULO VI
Do Cancelamento do Plano a Pedido do Beneficiário Titular e da Perda da Condição de Beneficiário

Seção I
Do Cancelamento do Plano a Pedido do Beneficiário Titular

Art. 23. O beneficiário titular poderá solicitar ao órgão Patrocinador, por qualquer meio, a sua exclusão, de seus dependentes ou dos agregados do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, em conformidade com a RN nº 412/2016 ou outra que vier substituí-la.

Art. 24. O órgão Patrocinador deverá cientificar a Assefaz sobre o pedido de exclusão previsto no artigo anterior, em até 30 (trinta) dias a contar do pedido do titular, que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

Art. 25. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias da solicitação de exclusão, caso o Patrocinador não tenha providenciado a comunicação para a Assefaz, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à Fundação.

Art. 26. A Assefaz poderá efetuar a exclusão de beneficiário do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, conforme solicitado pelo beneficiário, sem a anuência do Patrocinador.

Art. 27. A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela Assefaz, que deverá prestar, de forma clara e precisa, as seguintes informações ao beneficiário:

I. o eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar no cumprimento de novos perí-

odos de carência e na possível perda do direito à portabilidade de carências nos termos previstos na RN nº 438, de 03 de dezembro de 2018, ou outra que vier substituí-la;

II. efeito imediato da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios; e

III. as contribuições vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas pelas despesas decorrentes de utilizações dos serviços pelos beneficiários antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, deverão ser quitadas.;

Parágrafo Único - Em caso de cancelamento da inscrição, a última contribuição será calculada *pro rata die* pelos dias de cobertura do mês do cancelamento, conforme o caso.

Art. 28. A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão, a Assefaz deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento ou desligamento do beneficiário, por qualquer meio que assegure sua ciência.

Seção II
Da Perda De Condição Do Beneficiário

Art. 29. A perda da qualidade de **beneficiário titular** poderá ocorrer nas seguintes situações:

I. solicitação do beneficiário titular;

II. morte do titular;

III. cancelamento, rescisão, resolução ou resilição do Convênio de Adesão do Patrocinador na qual o titular possui vínculo;

IV. fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada em conformidade com os normativos vigentes;

V. inadimplência de coparticipação ou contribuição, por período superior a 30 (trinta) dias, desde que notificado com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento;

VI. por perda dos vínculos com o Patrocinador, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/1998;

VII. a pedido do Patrocinador ou outras situações previstas em Lei e no presente Regulamento;

VIII.decisão administrativa ou judicial;

IX. decisão colegiada da Assefaz;

X. suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9656/1998;

XI. exoneração ou dispensa do cargo ou emprego, redistribuição do cargo a outro órgão não Patrocinador da Assefaz, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998;

XII. licença sem remuneração, observado o artigo 20 deste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9656/1998.

Art. 30. A perda da qualidade de **beneficiário dependente e agregado** poderá ocorrer nas seguintes situações:

I. morte do dependente ou agregado;

II. morte do titular, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9656/1998;

III. cancelamento, rescisão, resolução ou resilição do Convênio de Adesão do Patrocinador na qual o titular possui vínculo;

IV. fraude praticada pelo beneficiário dependente ou agregado, apurada em conformidade com os normativos vigentes;

V. fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada em conformidade com os normativos vigentes;

VI. inadimplência de coparticipação ou contribuição, por período superior a 30(trinta) dias, desde que notificado com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento;

VII. perda da condição de dependência e/ou víinculo previstos no Capítulo II do Título II deste Regulamento;

VIII. a pedido do titular ou do pensionista;

IX. por perda dos vínculos do beneficiário titular com o Patrocinador, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9656/1998;

X. pedido do Patrocinador ou outras situações previstas em Lei e no presente Regulamento;

XI. decisão administrativa ou judicial; e

XII. decisão colegiada da Assefaz.

§ 1º. As decisões administrativas relacionadas às práticas fraudulentas, previstas nos incisos dos artigos 29 e 30 deste regulamento serão precedidas de contraditório e ampla defesa.

§ 2º. O beneficiário será informado sobre o resultado da decisão administrativa adotada e as medidas aplicáveis.

Art. 31. O cancelamento da inscrição de qualquer beneficiário não desobriga o responsável e o beneficiário agregado de honrar com o pagamento das contribuições devidas e não liquidadas, bem como, com as despesas de coparticipação oriundas da utilização do plano até a data do cancelamento, se houver, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis em caso do não pagamento.

CAPÍTULO VII
Da Transferência entre Planos

Art.32. O beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL poderá optar por mudar de plano privado de assistência à saúde para outros planos oferecidos pela Assefaz, devendo observar as seguintes condições:

I. Para os beneficiários já inclusos em outras modalidades de planos da Assefaz, caso tenham interesse na transferência para o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, e vice-versa, será obrigatória a migração de todo grupo familiar (titular, dependentes e agregados);

II. O beneficiário que migrar para outro plano ofertado pela Assefaz, não será isento da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior; e

III. A existência de débitos pendentes não impedirá a transferência de plano do beneficiário, desde que seja feito acordo de quitação do valor pendente, sem prejuízo à disposição contida no inciso V do artigo 29 e inciso VI do artigo 30.

Parágrafo Único - O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento dos

períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, fixando-se os seguintes períodos de carências:

I. prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;

II. prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial e hospitalar; e

III. prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

CAPITULO VIII
Do Retorno ao Plano após o Cancelamento Ocorrido a Pedido do Beneficiário Titular e do Retorno ao Plano após o Cancelamento por Inadimplência.

Art. 33. O titular e seus dependentes inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, cuja inscrição tenha sido cancelada a pedido do beneficiário titular ou por inadimplência, poderão solicitar o reingresso no mesmo plano ao qual estava inscrito ou aderir a um novo plano oferecido pela Assefaz, devendo ser observados os requisitos deste Regulamento e dos normativos vigentes da ANS.

§ 1º. A solicitação prevista no caput deste artigo deve ser formalizada por meio de nova proposta de adesão, mediante autorização do órgão Patrocinador no qual o titular esteja vinculado, e será processada e validada pela Assefaz.

§ 2º. A citada solicitação poderá ser feita a qualquer tempo, desde que haja a quitação das obrigações de contribuições e coparticipações, vencidas e não pagas.

§ 3º. O retorno ou adesão a um novo plano poderá garantir que o beneficiário cancelado a pedido do titular permaneça nas mesmas condições de carência que se encontrava na ocasião da sua exclusão, desde que a solicitação ocorra no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do cancelamento, observado o disposto no parágrafo único do artigo anterior.

§ 4º. Será exigido o cumprimento de novos períodos de carências, definidos neste regulamento, caso o cancelamento tenha ocorrido por inadimplência das contribuições ou participações.

TÍTULO III
Da Cobertura do Plano Assefaz Cristal Empresarial

CAPÍTULO I
Da Cobertura Garantida

Art. 34. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste Regulamento, o beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

Art. 35. O atendimento será assegurado, independentemente do local de ocorrência do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste Regulamento, respeitada a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da Assefaz para o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL e os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

Art. 36 Como requisito essencial para a garantia de cobertura de determinados procedimentos

e eventos deverão ser observadas, fielmente, as Diretrizes de Utilização (DUT) editadas pela ANS, para aqueles que assim necessitarem.

Art. 37. Caso o beneficiário solicite algum procedimento que não esteja em conformidade com a cobertura prevista neste Regulamento e que não cumpra as Diretrizes de Utilização – DUT previstas pela ANS, os valores serão descontados do beneficiário conforme negociação realizada entre a Assefaz e o prestador.

Art. 38. A cobertura de atendimento do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL será realizada restrita e exclusivamente, sem exceções, nos prestadores descritos no endereço eletrônico (www.assefaz.org.br/novo/) da Assefaz, ficando o beneficiário responsável pelo pagamento de atendimento exercido fora da rede de prestadores contratada.

Art. 39. Caso haja indicação clínica, a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, terá cobertura assistencial obrigatória, devendo ser respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Assefaz e prestadores de serviços de saúde.

Art. 40. 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 previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, bem como a participação de profissional médico nos procedimentos, caso haja indicação clínica.

Art. 41. Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º. Os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, com exceção dos odontológicos e vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

§ 2º. Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010, e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1950, de 10 de junho de 2010.

Art. 42. Somente terão cobertura assegurada aqueles 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.

Parágrafo Único - Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 43. Está garantida a cobertura para os procedimentos previstos neste Regulamento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Parágrafo Único - Para fins de cobertura obrigatória prevista no caput deste artigo, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação

e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

Art. 44. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados pelo plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, conforme descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados perante a ANVISA e suas indicações constem da bula/manual, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Assefaz e prestadores de serviços de saúde.

Art. 45. Os medicamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento e previstos neste Regulamento, têm garantida a cobertura, desde que devidamente registrados/regularizados na ANVISA.

CAPÍTULO II
Da Cobertura Ambulatorial

Art. 46. Estão asseguradas as coberturas de segmentação ambulatorial no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, que compreendem os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I. 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;

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;

III. procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT), que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

IV. consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT), vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

V. psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização (DUT), vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

VI.atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
a)atividades educacionais;
b)consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
c)atendimento clínico;
d)sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
e)implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) hormonal, incluindo o dispositivo;

VII. os seguintes procedimentos, considerados especiais:
a)hemodiálise e diálise peritoneal;
b)quimioterapia oncológica ambulatorial;
c)radioterapia;
d)procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
e)hemoterapia ambulatorial;
f)cirurgias oftalmológicas ambulatoriais; e

VIII. medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que são utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

Parágrafo Único - Para efeito do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

CAPÍTULO III
Da Cobertura Hospitalar

Art. 47. Ao beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, englobando os seguintes itens:

I. internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva - CTI ou similar;

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

II. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

III. toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

IV. o beneficiário terá direito à cobertura de despesa(s) de diária(s) de 1 (um) acompanhante, no caso de paciente menor 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, no local da internação, excetuado os casos de CTI ou similar;

V. exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica realizados durante o período de internação hospitalar;

VI. fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

VII. atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

VIII. os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a)hemodiálise e diálise peritoneal;

b)quimioterapia oncológica ambulatorial;
c)procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
d)hemoterapia;
e)nutrição enteral ou parenteral;
f)procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
g)embolizações e radiologia intervencionista;
h)exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
i)procedimentos de reeducação e reabilitação física.

IX. cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento;

X. 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;

XI.procedimentos bucomaxilofaciais que necessitarem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XII.estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;

XIII.transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, sem prejuízo a legislação específica vigente, incluindo, quando couber:

a)despesas assistenciais com doadores vivos;
b)medicamentos utilizados durante a internação;
c)acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
d)despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º. Na hipótese de realização dos referidos transplantes de doador cadáver, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

§ 2º. Para fins do disposto no inciso XII do caput, o imperativo clínico se caracteriza pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I. em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá(ão) avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

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

e plano referência.

CAPÍTULO IV
Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 48. A segmentação hospitalar com obstetrícia para os beneficiários inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL compreende toda a cobertura definida no art. 47 deste Regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na data do evento, observadas as seguintes exigências:

I. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
a) pré-parto;
b) parto; e
c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

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

III. opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, 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, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo.

Parágrafo Único - Para fins de cobertura do parto normal, listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o art. 5º da Resolução Normativa n.º 428/2017 da ANS.

CAPÍTULO V
Da Cobertura para Saúde Mental

Art. 49. Ao beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental, correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID-10, mediante solicitação instruída com parecer específico do médico assistente.

Art. 50. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Art. 51. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10º Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art. 52. A cobertura hospitalar garantirá por ano de vigência do contrato:

I. custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação; e

II. nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser fixado a partir do

31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato com coparticipação do beneficiário de até 50 % (cinquenta por cento), observado o disposto no capítulo III do título IV deste Regulamento, bem como os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

§ 1º. O percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do seguro.

§ 2º. A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

CAPÍTULO VI
Das Exclusões de Cobertura

Art.53. Estão excluídos das coberturas do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL os seguintes procedimentos, eventos e serviços:

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

II. tratamento clínico ou cirúrgico considerado experimental;

III. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;

IV. órteses e próteses e seus acessórios para fins estéticos ou não, ligados ao ato cirúrgico;

V. fornecimento de órteses e próteses não nacionalizados;

VI. inseminação artificial;

VII. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em SPAS, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

VIII. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

IX. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21 ressalvado o disposto no art. 14, ambos da RN n° 428/2017 da ANS;

X. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XI. estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XII. asilamento de idosos;

XIII. atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, excetuados nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar, e excetos os medicamentos antioneoplásicos para tratamento domiciliar, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XIV. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou

efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

XV. tratamentos odontológicos, exceto cirurgias odontológicas bucomaxilofaciais, que necessitem de ambiente hospitalar e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;

XVI. despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;

XVII. atendimento a domicílio dos beneficiários;

XVIII. cirurgias plásticas em geral, com finalidade estética;

XIX. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XX. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXI. aplicação de vacinas preventivas;

XXII. transplantes, à exceção de córnea, medula e rim, e dos transplantes autólogos;

XXIII. especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

XXIV. atendimentos prestados antes do início de vigência de adesão ou do cumprimento de carências;

XXV. todos os procedimentos, eventos, materiais, acessórios e serviços não listados neste Regulamento;

XXVI. procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames pré-admissionais e demissionais;

XXVII. alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para os pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como do dependente maior e inscrito na condição de portadores de necessidades especiais;

XXVIII. despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior a contratada;

XXIX. tratamento prescrito por profissional não habilitado;

XXX. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade; e

XXXI. cirurgia para mudança de sexo.

§ 1º. Para fins do inciso II do caput, são considerados tratamento clínico ou cirúrgico experimental aqueles que:

I. empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou não regularizados no país;

II. são considerados como experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou

III. não possuem as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado os casos de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

a) a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do

produto para o uso pretendido; e

b) a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

§ 2º. Para fins do disposto no inciso III e IV do caput deste artigo, entende-se como procedimentos estéticos aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

§ 3º. No que concerne ao disposto no inciso VI do caput, se entende como inseminação artificial a 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.

§ 4º. Não fazem parte da cobertura do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL as despesas hospitalares extraordinárias, enfermagem em caráter particular, estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares e o aluguel de equipamentos hospitalares e similares.

CAPITULO VII
Da Garantia de Atendimento de Urgência e Emergência

Art. 54. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, até mesmo se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando- se o seguinte:

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

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

Art.55. O beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, cuja cobertura abrange o atendimento ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, terá garantia de assistência nos casos de urgência e emergência que evoluírem para internação, a partir da sua admissão até a alta, desde que já tenha cumprido o período de carência previsto no capítulo I do título V deste Regulamento.

Art. 56. Ocorrendo o atendimento de urgência e emergência no decorrer dos períodos de carência, será garantido o atendimento em ambientes ambulatoriais, observada a área de abrangência e de atuação do plano, bem como de rede específica, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão ao plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Parágrafo Único – Caso o beneficiário ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento na mesma unidade prestadora dos serviços que se submeteu nas primeiras 12 (doze) horas, previsto no artigo anterior, a Assefaz estará desobrigada do ônus financeiro.

Art. 57. O atendimento de urgência e emergência para o beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, decorrente de acidente pessoal, será garantido sem restrições, após decorridas 24(vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

Art. 58. Em caso de urgência e emergência que se referir a processo gestacional, caberá garantia de atendimento, porém, caso a paciente esteja cumprindo período de carência, a Assefaz estará obrigada a cobrir o atendimento até as primeiras 12 (doze) horas, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário titular.

Art. 59. O plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL prevê a cobertura de remoção após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao beneficiário.

Art. 60. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência do plano, observando-se que:

I. quando não puder haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se a Assefaz desse ônus;

II. 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;

III. a Assefaz deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

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 deste parágrafo, a Assefaz estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

TÍTULO IV

Dos Mecanismos de Regulação

CAPÍTULO I
Da Autorização Prévia

Art. 61. Para os beneficiários inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, a Fundação adotará como mecanismos de regulação, a autorização prévia para os procedimentos eletivos, conforme a tabela CBHPM/TUSS (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos / Terminologia Unificada da Saúde Suplementar).

Art. 62. A avaliação da autorização dos procedimentos eletivos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo definido pela legislação vigente, a partir do momento da solicitação, sendo facultada à Assefaz a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Art. 63. O prazo estabelecido no artigo anterior passará a contar a partir do recebimento da demanda pela Assefaz.

Art. 64. Os casos caracterizados como urgência e emergência não necessitam de autorização prévia.

CAPÍTULO II
Da Junta Médica

Art. 65. Em caso de divergência na concessão da autorização prévia 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. Devendo este procedimento obedecer ao estabelecido na RN n.º 424, de 26 de junho de 2017 da ANS ou outra que venha a substituí-la.

Art. 66. A Assefaz garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados.

Art. 67. Cada uma das partes pagará os honorários do profissional que nomear, exceto se o médico-assistente escolhido pelo beneficiário pertencer à rede credenciada ou própria da Assefaz, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador deverá ser paga pela Fundação.

CAPÍTULO III
Da Coparticipação

Art. 68. Será cobrada coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares, inclusive em UTI, pelo titular e dependentes inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, observando-se o descrito nos artigos que seguem.

Art. 69. O titular assumirá o pagamento das despesas correspondentes aos procedimentos realizados pelo grupo familiar, ou seja, titular e dependentes.

Parágrafo Único - O beneficiário inscrito como agregado no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL seguirá as regras previstas neste capítulo, sendo de responsabilidade do titular do plano o pagamento de todas as despesas.

Art. 70. O valor da coparticipação estará limitado aos valores expressos nos incisos deste artigo, independentemente se utilizado pelo titular, dependentes ou agregados inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL:

I. Segmento Ambulatorial:

a) consultas, no percentual de 30%;

b) exames de apoio diagnóstico, no percentual de 30%, limitado ao valor estabelecido no ato do contrato firmado entre a Assefaz e o Órgão Patrocinador ao qual o titular seja vinculado, e de acordo com a lei vigente.

c) terapias e atendimentos ambulatoriais, no percentual de 30%, limitado ao valor estabelecido no ato do contrato firmado entre a Assefaz e o Órgão Patrocinador ao qual o titular seja vinculado, e de acordo com a lei vigente.

II. Segmento Hospitalar:

a) internação Clínica, cirúrgica e Obstétrica, limitado ao valor estabelecido no ato do contrato firmado entre a Assefaz e o Órgão Patrocinador ao qual o titular seja vinculado, e de acordo com a lei vigente.

b) internações em modalidade de hospital-dia (até 12 horas), na proporção de 50% (cinquenta por cento) do valor da coparticipação hospitalar, limitado ao valor estabelecido no ato do contrato

firmado entre a Assefaz e o Órgão Patrocinador ao qual o titular seja vinculado, e de acordo com a lei vigente.

III. Psiquiatria:

a) quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínuos ou não, transcorridos 12 (doze) meses de contrato, será cobrada a coparticipação crescente, mensalmente, da seguinte forma: 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, limitado ao valor estabelecido no ato contrato firmado entre a Assefaz e o Órgão Patrocinador ao qual o titular seja vinculado, e de acordo com a lei vigente.

Parágrafo Único - Os valores e percentuais previstos nos incisos acima poderão ser reajustados anualmente, de acordo com o percentual definido e recomposição dos custos de saúde, observados os limites estabelecidos em lei.

Art. 71. O pagamento da coparticipação prevista neste capítulo será feito juntamente com a mensalidade do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, podendo ser cobrado separadamente em situações excepcionais, mediante débito em conta corrente, título de cobrança bancária ou outro meio hábil ou idôneo de cobrança, limitado ao valor definido no contrato, firmado entre a Assefaz e o Patrocinador, sendo que o valor remanescente do saldo de coparticipação, caso haja, será cobrado nos meses subsequentes, até que haja a efetiva quitação do débito.

Parágrafo Único - O atraso no pagamento da coparticipação ocasionará a incidência de multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento), ao mês.

Art. 72. As regras de coparticipação previstas neste capítulo se aplicarão nos atendimentos realizados por meio de convênio de reciprocidade e nos casos de reembolsos assegurado no título VI deste regulamento.

Parágrafo Único – Os limites de coparticipação serão aplicados e cobrados individualmente por beneficiário.

TÍTULO V

Das Carências, da Portabilidade, das Doenças e Lesões Preexistentes e da Cobertura Parcial Temporária

CAPÍTULO I
Da Carência

Art. 73. A garantia de acesso a cobertura prevista para o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL somente passará a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência descritos a seguir, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do beneficiário.

§ 1º. Período de carência previsto para a assistência com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia:

I. 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos decorrentes de urgência e emergência;

II. 30 (trinta) dias para consultas e exames simples;

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

IV. 300 (trezentos) dias para os partos a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez.

Art. 74. Havendo 30 (trinta) beneficiários ou mais inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL e pertencentes ao respectivo Convênio, no momento da adesão do beneficiário, não será exigido o cumprimento de carência, desde que este formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do Convênio de Adesão ou de sua vinculação a Patrocinadora ou efetivo vínculo à Assefaz, caso este último seja empregado da operadora.

Art. 75. Ficarão isentos do cumprimento de carência:

I. o filho(a) recém-nascido do beneficiário, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento;

II. o filho(a) adotivo, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção;

III. o cônjuge ou companheiro(a) do titular, desde que sua inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da data do casamento ou jnião estável, comprovada pela declaração de escritura pública expedida por cartório;

IV. o companheiro ou companheira de união homoafetiva, comprovada a coabitação, no prazo de 30 (trinta) dias após emissão da Declaração de Coabitação, expedida por cartório;

V. novo servidor(a) ou empregado(a) ocupante de cargo efetivo, seus dependentes e grupo familiar, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 30 (trinta) dias do efetivo exercício;

VI. o filho(a) menor de 12 anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário titular, se a adesão ocorrer em até 30 (trinta) dias do citado reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário titular;

VII. o enteado(a), desde que sua inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias após o casamento do seu/sua genitor(a) com o beneficiário titular do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL; e

VIII. o menor sob guarda, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da expedição do Termo de Guarda.

§ 1º. A inscrição dos beneficiários citados neste capítulo deverá observar as condições de elegibilidade previstas no presente Regulamento e no Convênio de Adesão celebrado entre a Assefaz e o Patrocinador.

§ 2º. O termo “guarda” abrange a guarda provisória ou permanente, nos termos dos artigos 33, 34 e 35 da Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3º. A antecipação das contribuições mensais não isentará/antecipará os prazos de carências estipulados neste artigo.

CAPÍTULO II
Da Portabilidade

Art. 76. O beneficiário inscrito no plano de saúde ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL tem o direito de mudar de plano privado de assistência à saúde, dispensado do cumprimento de períodos de carências ou Cobertura Parcial Temporária - CPT, relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na mesma operadora ou de outra operadora, observados os requisitos dispostos neste capítulo, nos termos das normas editadas pela ANS, conforme vigência prevista.

§ 1°. Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos, simultaneamente, os seguintes requisitos:

I. o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;

II. o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

III. o beneficiário deve ter cumprido os seguintes prazos de permanência no plano de origem:

a)na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b)nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV. o plano de origem deve ter sido contratado após 1° de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998;

V. a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;

VI. caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9° da RN n° 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

§ 2°. O prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, na forma das alíneas “a” e “b” do inciso III do artigo 12 da Lei n° 9.656, de 1998.

§ 3°. O beneficiário que aderir a um novo contrato de uma operadora, via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá cumprir o prazo de permanência de um ano neste plano para exercício da portabilidade de carências, não se aplicando o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo.

§ 4º. Para fins de contagem do prazo de permanência previsto no inciso III do caput desse artigo, nos casos em que tenha havido mudança de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem solução de continuidade entre os planos, será considerado o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem.

Art. 77. A portabilidade de carências deverá ser exercida individualmente pelo beneficiário.

Art. 78. A portabilidade de carências poderá ser requerida a qualquer tempo pelo beneficiário após o cumprimento do prazo de permanência previsto no inciso III do artigo 76 deste regulamento.

Parágrafo Único - Caso o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação, ressalvadas as hipóteses de portabilidade previstas no artigo 81 deste regulamento e em caso de Portabilidade Especial e Extraordinária de Carências.

Art. 79. A portabilidade de carências poderá ser exercida por beneficiários que estiverem em gozo do período de remissão, podendo esta ser requerida após o término da remissão ou durante a remissão, que será encerrada a partir do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

Art. 80. O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assisten-

cial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, fixando-se os seguintes períodos de carências:

I. prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;

II. prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial e hospitalar; e

III. prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

Art. 81. A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 76 deste regulamento, nas seguintes hipóteses:

I.pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3° do artigo 30 da Lei n° 9.656, de 1998;

II.pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1° do artigo 3°, no inciso VII do artigo 5° ou no §1° do artigo 9°, todos da RN n° 195, de 2009;

III.pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; e

IV.pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 1º. Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput.

§ 2º. A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1° de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei n° 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 76 deste Regulamento.

§ 3º. O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 4º do artigo 76 deste Regulamento.

§ 4º. O beneficiário que esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária – CPT no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º. O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Art. 82. O plano de destino não pode estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”, ressalvados os seguintes casos:

I. plano de destino com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, em que será permitido o ingresso de filhos e novo cônjuge que sejam incluídos como dependentes do beneficiário titular já vinculado ao plano.

II. plano de destino de contratação coletiva que estiver ativo com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora, em que não será vedado o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados.

Parágrafo Único - Para os casos previstos nos incisos I e II do caput deste artigo, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso V do caput do artigo 76, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento).

Art. 83. Para efeito de portabilidade de carências, a operadora do plano de destino não poderá estar submetida a:

I. alienação compulsória de sua carteira;

II. oferta pública do cadastro de beneficiários; ou

III. prazo estabelecido em Resolução Operacional para exercício da portabilidade especial de carências ou da portabilidade extraordinária de carências pelos seus beneficiários.

Art.84. A operadora ou a administradora de benefícios, seja do plano de origem ou do plano de destino, não poderá realizar qualquer cobrança ao beneficiário em virtude do exercício da portabilidade de carências.

Parágrafo Único - Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

Art. 85. O Guia ANS de Planos de Saúde, acessível pela página institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br), disponibilizará consulta aos beneficiários para verificação dos planos de destino compatíveis para fins de portabilidade de carências.

Parágrafo Único - A operadora do plano de origem deverá fornecer aos seus beneficiários, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, as informações referentes ao plano de origem, tais como data de vinculação ao plano, número do registro da operadora e número do registro do plano.

Art. 86 O beneficiário que não conseguir identificar o plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, poderá protocolizar na ANS solicitação de busca por planos de destino para realizar a portabilidade de carências.

Art. 87. Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

I. comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento do beneficiário;

II.proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência;

III.relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou número de protocolo

de consulta de compatibilidade de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício que autorize a portabilidade, emitido pela ANS na forma do artigo 86 deste Regulamento;

IV.caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9° da RN n° 195, de 2009, ou comprovação referente ao empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

Parágrafo Único - A Assefaz deverá fornecer aos seus beneficiários, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, as declarações de adimplemento e de prazo de permanência indicados nos incisos I e II do artigo 76 deste Regulamento

Art. 88. A portabilidade de carências deverá ser formalizada diretamente na Assefaz, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do beneficiário, estando a solicitação de portabilidade sujeita à recusa no prazo de 10 (dez) dias.

Parágrafo Único - Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos neste regulamento, a Assefaz poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa.

Art.89. Ao exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

§ 1°. A solicitação de cancelamento prevista no caput deste artigo deverá observar o disposto na RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.

§ 2°. A Assefaz deverá comunicar ao beneficiário sobre a obrigação prevista no caput deste artigo, informando que, em caso de não atendimento, o beneficiário estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências cabíveis no plano de destino.

Art. 90. Até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua mensalidade.

Parágrafo Único - A Assefaz deverá adotar a cobrança *pro rata die* para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.

CAPÍTULO III
Das Doenças e Lesões Preexistentes e da Cobertura Parcial Temporária

Art. 91. Em conformidade com a legislação vigente, no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, sendo operado por entidade classificada na modalidade de autogestão, com número e participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

TÍTULO VI

Do Reembolso

CAPÍTULO ÚNICO
Da Garantia de Reembolso

Art. 92. Será garantido ao beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos na assistência médico, hospitalar e ambulatorial, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, sempre que for constatada a ausência dos serviços de prestadores da rede assistencial médico-hospitalar deste plano.

Parágrafo Único - os ressarcimentos dos valores previstos no caput deste artigo serão de forma integral, observadas as exigências previstas neste capítulo.

Art. 93. Será garantido ao beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos eletivos, médico-hospitalar e ambulatorial, quando não optado pela Rede Credenciada disponibilizada pela Assefaz - “Livre Escolha”, e se dará nos seguintes moldes e limites:

I. nos casos das consultas, será reembolsado o valor da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5ª Edição plena, ou outra que vier substituí-la, independentemente do valor pago pelo beneficiário, sendo reembolsado integralmente nos casos em que não houver rede de cobertura no local;

II. as tabelas a serem utilizadas para o cálculo do valor de reembolso de procedimentos médicos será a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – 5ª Edição plena, ou outra que vier substituí-la;

III. o valor do reembolso não será inferior ao valor constante nas tabelas utilizadas para os procedimentos médico-hospitalares, conforme prevê o inciso IX, artigo 2º, Resolução CONSU 08/1998; e

IV. caso o custo real das despesas seja inferior ao valor fixado na Tabela ou ao valor praticado pela rede referenciada e credenciada, o ressarcimento será feito na importância efetivamente paga.

§ 1º. As tabelas a serem utilizadas para o reembolso estarão disponíveis para consulta no sítio da Fundação (www.assefaz.org.br).

§ 2º. As dúvidas referentes ao método de reembolso poderão ser sanadas por meio do sítio da Fundação (www.assefaz.org.br), ou pelas Gerências Regionais ou Postos de Atendimento.

§ 3º. O reembolso obedecerá a tabela de honorários médicos, prevista no inciso I deste artigo, não podendo ultrapassar, em hipótese nenhuma, os valores registrados na Nota Fiscal e pagos pelo beneficiário.

§ 4º. No modelo de livre escolha, o beneficiário poderá utilizar os serviços médicos de sua preferência, mesmo não sendo credenciado a rede assistencial da Assefaz. Nesses casos, o reembolso será realizado em conformidade com os parâmetros remuneratórios praticado pela Fundação Assefaz junto aos prestadores de serviços médico-hospitalares credenciados ou referenciados após a realização do pagamento das despesas médicas e solicitação formal do reembolso.

Art. 94. A análise para o reembolso previsto nos artigos 92 e 93 deste Regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso feito pelo beneficiário titular, e a apresentação dos seguintes documentos originais:

I. relatório completo do médico assistente, em letra legível, que deverá indicar a especialidade e

o seu CRM, e declarar o diagnóstico e CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;

II. conta hospitalar detalhada, constando os procedimentos, as 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; e

III. 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 e agregados inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, 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. Após a aceitação dos documentos originais apresentados e a comprovação do evento e das despesas, por intermédio de auditoria médica, o pagamento do reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias, na conta bancária constante no cadastro do beneficiário titular.

§ 4º. Em caso de contas bancárias impedidas judicialmente de movimentação, o pagamento do reembolso poderá ser feito por meio de ordem de pagamento nominal ao titular, ou outro meio idôneo de pagamento.

§ 5º. A Assefaz não se responsabilizará pelas despesas não previstas no rol da ANS, realizadas pelo beneficiário titular, dependentes e agregados inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL de forma eletiva e aquém da cobertura ofertada no presente Regulamento.

§ 6º. Para fins de reembolso de procedimento, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada e listada neste capítulo, no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

§ 7º. Em caso de óbito do titular o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial.

§ 8º. Nos casos dos beneficiários menores de 18 anos, mantidos por força dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o reembolso será concedido ao responsável legal.

Art. 95. A cobrança de coparticipação, no caso de deferimento do pedido de reembolso, incidirá sobre os serviços/procedimentos realizados pelos beneficiários, nos percentuais definidos no capítulo III do título IV deste regulamento, que trata da coparticipação.

Parágrafo Único - O desconto da coparticipação prevista no caput deste artigo dar-se-á no ato do ressarcimento do valor.

TITULO VII

Da Rede Credenciada

CAPÍTULO ÚNICO
Da Rede Credenciada

Art. 96. Estará disponível ao beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, no sítio eletrônico da Fundação (http://www.assefaz.org.br/novo/), ou por meio do serviço da Central de Atendimento da Fundação (0800 703 4545), a relação contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados, contratados ou referenciados da Assefaz, obedecidas as regras que disciplinam os atendimentos.

Parágrafo Único - os beneficiários idosos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Art. 97. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

I. a substituição da entidade hospitalar por outra equivalente deverá ser informada aos beneficiários com trinta dias de antecedência, por meio do site http://www.assefaz.org.br/redesubstituta/ e ficará disponível pelo período de 180 dias, na forma prevista pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

II. nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação de qualquer beneficiário, a Assefaz arcará com a transferência para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

III.na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Assefaz ou do Prestador, durante período de internação do beneficiário, a Fundação poderá mantê-lo no hospital, assumindo todas as despesas, ou arcar com a transferência para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional ao beneficiário, garantindo-lhe a continuação da assistência;

IV. em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa; e

V. a substituição de prestadores da assistência ambulatorial seguirão os normativos vigentes da ANS, e a listagem de prestadores estará disponível no site da operadora, no endereço http://www.assefaz.org.br/redesubstituta/, para consulta do beneficiário.

Parágrafo Único – caberá aos beneficiários consultar o site da Fundação periodicamente, haja vista o dinamismo de atualização da rede credenciada.

TITULO VIII

Da Formação do Preço e Mensalidade, do Reajuste e da Faixa Etária

CAPÍTULO I
Da Formação de Preço e Mensalidade

Art. 98. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido.

Art. 99. A responsabilidade pelo pagamento da contraprestação pecuniária será rateada entre o beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL e o Patrocinador, nos termos acordados no convênio firmado entre a Fundação Assefaz e o órgão, salvo os casos previstos nos artigos 30 e 31, da Lei n° 9656/98 e correspondente à soma dos valores de repasse per capta e contribuições mensais, conforme definido em Convênio de Patrocínio.

Art. 100. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de adesão ao plano.

Art. 101. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 102. As faturas emitidas pela Assefaz serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal, enviada pelo Patrocinador. Dessa forma, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Art. 103. Se o Patrocinador não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Assefaz para que não se sujeite a consequência da mora.

Art. 104. Ocorrendo atraso no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

Art. 105. A Assefaz não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Convênio e aqueles a este já vinculados.

CAPÍTULO II
Do Reajuste

Art. 106. As contraprestações pecuniárias serão reajustadas anualmente, com base em cálculo atuarial, na data do aniversário do Convênio, independentemente da data de adesão individual de cada beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL.

Art. 107. 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 n° 195/2009, alterada pela RN n° 200/2009 e RN n° 254/2011.

Art. 108. 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.

Art. 109. Caso, no Convênio de Patrocínio, ocorra adesão de até 29 (vinte e nove) beneficiários, o referido integrará o agrupamento com convênios em situação similar, conforme preconizado em legislação vigente, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

Art. 110. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o convênio será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário do convênio, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

Art. 111. Para fins do disposto no artigo anterior serão considerados todos os beneficiários vinculados ao mesmo Patrocinador, ainda que vinculados a outro plano contratado.

Art. 112. Quando o Convênio de Patrocínio for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, lhe será aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no artigo 115.

Art. 113. Caso o Convênio de Patrocínio não venha a ser agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, lhe será aplicado, no aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no artigo 116.

Art. 114. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico da Assefaz, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema Reajuste de Planos Coletivos - RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Art. 115. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto neste artigo.

I. nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades constantes da tabela de preços para novas adesões será reajustado anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/ FIPE (R1 = Reajuste por Inflação). Este será apurado no período de 12 meses consecutivos com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Convênio de Patrocínio.

II. na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no inciso I, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

III. caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

IV. o desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70 % (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Convênio de Patrocínio.

V. neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste, será aplicada a seguinte fórmula:
R = (S / Sm) - 1
Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

VI. na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no inciso III, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Art. 116. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto nesse item.

I. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/FIPE (R1 = Reajuste por Inflação). Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 03 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Convênio de Patrocínio.

a) na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no inciso I, será estipulado novo índice mediante instrumento específico;

b) o critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do convênio não agregado ao agrupamento observará o disposto na legislação vigente, ou seja, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/FIPE (R1 = Reajuste por Inflação). Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, que é o mês de assinatura do Convênio de Patrocínio;

c) nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, baseados em estudo atuarial, que levará em conta, no seu cálculo, a variação do índice IPC Saúde/FIPE, a variação das despesas administrativas e a sinistralidade, sendo apurado no período de análise de 12 meses disposto no item b;

d) caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do convênio que não for agregado ao agrupamento e que ultrapasse o índice de 70% (SE = Sinistralidade Esperada) do convênio, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, este será reavaliado atuarialmente, anteriores à data-base de aniversário, com base na legislação vigente, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atu-

arial de cada convênio.

II. caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir:

a) o desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

b) neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:
R = (S / Sm) - 1
Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

III. na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no inciso II, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes;

IV. no mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os artigos 115 e 116 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração;

V. independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do convênio firmado com o Patrocinador, entendendo-se esta como data base única;

VI. não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato;

VII. nenhum contrato poderá receber 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 n° 9656/98; e

VIII. os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CAPÍTULO III
Das Faixas Etárias

Art. 117. A mensalidade do plano de saúde ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL será aquela estabelecida no ato convênio firmado com o Patrocinador, na data de adesão do titular, seus dependentes ou agregados, 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

Art. 118. Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela prevista abaixo no § 1º deste artigo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN n° 63/03:

I. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; e

II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

§ 1º. As readequações de mensalidade decorrentes de mudança de faixa etária serão cobradas em conformidade com os percentuais abaixo e de acordo com a respectiva faixa:

Variação Percentual 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%

Art. 119. As mensalidades dos beneficiários com vínculo inativo junto à pessoa jurídica contratante, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas.

Art. 120. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito no plano, em conformidade com a Resolução Normativa - RN n° 63 de, 22 de dezembro de 2003 ou outra que venha substituí-la.

Art. 121. Para os beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais que aderirem ao plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL não serão promovidas variações pecuniárias em razão da idade, mas tão somente os reajustes financeiros anuais, salvo no caso de planos criados anteriores a Lei n° 9.656/98.

Art. 122. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para outra faixa etária, a contraprestação pecuniária será reajustada para o valor correspondente à nova faixa no mês subsequente ao da ocorrência do aniversário do beneficiário.

Art. 123. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no presente Regulamento e legislação vigente e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, não se confundindo com o reajuste financeiro anual.

TÍTULO IX

Dos Programas Assistenciais

CAPITULO ÚNICO
Do Programa de Atenção Integral à Saúde

Art. 124. O plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL disponibiliza ao beneficiário o programa de atenção integral à saúde, que visa adotar estratégias para promover suporte à reabilitação e manutenção da saúde, e qualidade de vida dos beneficiários.

§ 1º. Para fins do disposto no caput, o programa de atenção integral à saúde, subdivide-se em 4(quatro) programas de atenção integral, a saber:

I. Programa de Atenção Integral Social – PAISocial – É um programa que oferece implementos condizentes com o programa de reabilitação, visando facilitar e promover a convivência social para todos os membros beneficiários inscritos. Objetivando elevar e manter a qualidade de vida do beneficiário, o programa oferece benefícios tanto na área de lazer (campanhas e programas específicos), como na área financeira, para medicamentos e beneficiários portadores de necessidades especiais que necessitam de órteses e próteses não cirúrgicas, obedecidos os requisitos previstos na norma interna que regulamenta o programa;

II. Programa de Atenção Integral à Prevenção de Doenças - PAIPrever – É um programa focado na prevenção de riscos e doenças que visa garantir o acompanhamento e cuidado a pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, com algum grau de risco de agravamento, no entanto, com capacidade de deambular, ou seja, com autonomia para ir ao consultório médico, obedecidos os requisitos previstos na norma interna que regulamenta o programa;

III. Programa de Atenção Integral dos Crônicos – PAIC – É um serviço de assistência domiciliar que contempla atividades terapêuticas, curativas, reabilitadoras ou paliativas prestadas por equipe multiprofissional aos beneficiários que necessitem de atenção especial em função de doenças crônicas não transmissíveis, degenerativas ou terminais, obedecidos os requisitos previstos na norma interna que regulamenta o programa; e

I**V. Programa de Atenção Integral a Internação Domiciliar – PAID** – É um conjunto de atividades prestadas em regime de internação domiciliar, que contempla o fornecimento de equipamentos, medicamentos e equipe multidisciplinar, definidos a partir da avaliação da condição clínica do beneficiário, podendo ser a assistência de baixa, média ou alta complexidade, obedecidos os requisitos previstos na norma interna que regulamenta o programa.

§ 2º. Para aderir a um dos programas previstos neste artigo, disponibilizados pela Fundação Assefaz, o beneficiário deverá cumprir os seguintes requisitos:

I. ter cumprido carência, em conformidade com o disposto no Capítulo I do Título V deste Regulamento;

II. estar com o plano de saúde ativo;

III. estar em dia com as contribuições mensais;

IV. disponibilizar a documentação exigida, em norma específica, para cada programa; e

IV. aceitar e assinar os termos referentes a cada programa, conforme norma específica da Fundação.

§ 3º. O acesso aos programas previstos neste Capítulo deverá estar expressamente assegurado no convênio firmado entre o Órgão Patrocinador e a Assefaz, observados os requisitos de elegibilidade e previsão de coparticipação definidos na Norma Interna que regulamenta cada programa.

TÍTULO X

Das Disposições Gerais

CAPÍTULO ÚNICO
Das Disposições Gerais

Art. 125. Integram este Regulamento, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo beneficiário titular, a Declaração de Saúde do titular e dependentes, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e os anexos.

Art. 126. Qualquer tolerância ou ato de mera liberalidade praticado por parte da Assefaz não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 127. A Assefaz não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário inscrito no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

Art. 128. As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços previstos neste Regulamento devem ser encaminhadas à Assefaz com abertura de protocolo por meio físico, pelo site ou pelos serviços da Central de Atendimento.

Art. 129. O não cumprimento das normas aqui estabelecidas exime a Assefaz de qualquer responsabilidade quanto aos custos advindos de procedimentos adotados.

Art. 130. As omissões e dúvidas deste regulamento serão submetidas à apreciação e decisão do Conselho de Administração da Assefaz.

Parágrafo Único - Poderá o Presidente da Fundação tomar decisões relacionadas à administração do plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL de assistência à saúde, devendo ser posteriormente convalidada pelo citado Conselho.

Art. 131. Os beneficiários titulares e dependentes, inscritos no plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL, quando da assinatura da Proposta de Adesão, autorizam a Assefaz a ter acesso aos seus prontuários quando referentes aos atendimentos prestados pelo plano e as informações cadastrais solicitadas pelo órgão de fiscalização de assistência à saúde.

Art. 132. A Assefaz disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, contendo informações individualizadas do beneficiário titular, dos seus dependentes e agregados, referente ao plano de saúde – em conformidade com a RN ANS n.º 389/2015 ou outra que vier substituí-la.

Art. 133. Respeitada a legislação em vigor, relacionada às operadoras que atuam na modalidade de autogestão, se houver carência de prestadores na rede credenciada, o atendimento poderá ser garantido por meio de relação indireta com outra operadora, “Convênio de Reciprocidade”, de acordo com a norma vigente.

Art. 134. 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. 135. O não atendimento à solicitação prevista no artigo anterior, por parte do beneficiário, dos seus dependentes ou agregados, o sujeitará à aplicação das penalidades previstas neste Regulamento, bem como ao ressarcimento à Assefaz de valores já despendidos por ela.

Art. 136. As alterações deste regulamento serão decorrentes de mudanças motivadas pelas normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou objeto de proposta da Superintendência Executiva e ou de membros do Conselho de Administração da Assefaz, somente sendo realizadas com a aprovação deste último.

§ 1°. As propostas de alteração deste regulamento, obrigatoriamente, serão norteadas por:

I. parecer atuarial evidenciando os seus efeitos sobre o custeio e equilíbrio econômico-atuarial do plano, quando necessário; e

II. parecer jurídico indicando a sua viabilidade e a inexistência de conflitos com a legislação pertinente.

§ 2°. As alterações deste regulamento não poderão causar desequilíbrio econômico-atuarial do plano e nem conflitar com a legislação vigente e com os objetivos da Assefaz.

§ 3º Este Regulamento e seus anexos poderão ser alterados em caso de incorporação normativa da ANS ou de outros atos normativos previstos em legislação ordinária.

TÍTULO XI

Da Duração do Contrato, da Rescisão do Contrato e do Foro

CAPÍTULO I
Da Duração do Contrato

Art. 137. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, iniciando-se a vigência dos direitos e deveres aqui presentes com a data de assinatura do Convênio de Adesão com o Patrocinador, ou do Termo Aditivo, com a possiblidade de adesão ou migração para o plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL.

CAPÍTULO II
Da Rescisão do Contrato

Art. 138. Por tratar-se de contrato coletivo empresarial, a rescisão do Convênio de Adesão operar-se-á entre a Assefaz e o Patrocinador, nos termos descritos no respectivo convênio celebrado entre estas partes.

CAPÍTULO III
Do Foro

Art. 139. As partes elegem, em comum acordo e com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, o foro do Distrito Federal, sede da Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda – Assefaz, para a solução de eventuais pendências que se originarem deste instrumento.

GLOSSÁRIO

Para efeito deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

I. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

II. Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda – **Assefaz** instituição que presta assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, por meio de planos de saúde e outros benefícios principalmente aos servidores do Ministério da Fazenda e seus dependentes. Ela é registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como uma operadora de planos de saúde de autogestão e oferece ótimos planos de saúde a preços acessíveis, por se tratar de uma entidade sem fins lucrativos.

III. Autopatrocinado - beneficiário que, em razão de perda parcial ou total de sua remuneração, inclusive pela perda do vínculo funcional, se mantém inscrito no plano assumindo sua contribuição e a parcela do Patrocinador.

IV. Auditoria e ou Perícia - é uma atividade profissional da área médica, odontológica e de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas e ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as ações e relações humanas e sociais.

V. Beneficiário Agregado - é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de parentesco, até o 4º grau, com o beneficiário titular.

VI. Beneficiário dependente - é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência a um beneficiário titular.

VII. Beneficiário titular - é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora.

VIII. Carência - é o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano, conforme disposto no inciso V do artigo 12 da Lei n° 9.656, de 1998.

IX. Cartão de Identificação - o documento de identificação do beneficiário(a) para fins de utilização dos serviços, válido somente com um documento de identidade do beneficiário.

X. Comunicação inequívoca - entende-se por comunicação inequívoca aquela de teor claro e objetivo e que não permite dúvida, engano ou erro.

XI. Coparticipação - entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo(a) beneficiário(a) titular, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e por seus(suas) dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais, independentemente da contribuição mensal devida.

XII. Dependente maior - filho(a) e ou enteado(a) portador(a) de Deficiência Incapacitante: é o(a) dependente que tem sua deficiência declarada pelo(a) seu(sua) médico(a) assistente e reconhecida pela Empresa.

XIII. Documento comprobatório do serviço prestado - documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do plano, emitida pelo(a) profissional ou instituição prestadora do serviço ou fornecedores(as) de aparelhos e medicamentos.

XIV. Emergência - é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato;

XV. Internação hospitalar eletiva - aquela programada, não emergencial.

XVI. Internação hospitalar emergencial - aquela de caráter emergencial, não programada.

XVII. Mensalidade - entende-se por mensalidade o valor pago pelo(a) titular à Assefaz, com o objetivo de contribuir com o custeio do plano, por si e por seus(suas) dependentes.

XVIII. Modalidade Livre Escolha - caracteriza-se pela escolha do(a) profissional liberal da área de saúde, clínica, hospital e laboratorial, não conveniado(a) com a Assefaz.

XIX. Patrocinador - a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

XX. Plano de destino - é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

XXI. Plano de origem - é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário encontra-se vinculado para ter direito à portabilidade de carências

XXII. Plano ASSEFAZ CRISTAL EMPRESARIAL - é plano coletivo empresarial, de abrangência nacional, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação de internação apartamento, área de atuação em todo território brasileiro, de preço preestabelecido, fator moderador de coparticipação e, administrado pela ASSEFAZ.

XXIII. Portabilidade de carências - é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observados os requisitos dispostos na Resolução da ANS que dispõe sobre o assunto.

XXIV. Portador de transtorno psiquiátrico - beneficiário que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação), em situação instável 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.

XXV. Prazo de permanência - é o período ininterrupto em que o beneficiário deve permanecer vinculado ao plano de origem para se tornar elegível ao exercício da portabilidade de carências.

XXVI. Prestador de serviços - pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

XXVII. Reciprocidade - é o ato de conveniar a uma operadora de planos de saúde que ofereça condições similares ao plano contratado para utilização da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde de modo a prestar atendimentos aos(às) usuários(as) dos planos, permutando os serviços e observando as normas de cada participante. O interesse recíproco fica caracterizado pela junção de interesse comum e esforços entre as operadoras na busca desse objetivo, que é a assistência prestada na área geográfica de influência e abrangência da conveniada.

XXVIII. Remissão - a cláusula de remissão, presente em alguns contratos de planos de saúde, é um tipo de seguro atrelado ao valor da mensalidade, que garante a permanência dos dependentes no benefício, sem nenhum tipo de cobrança, por um período pré-determinado que pode ser de três a cinco anos, em caso de falecimento do titular.

XXIX. Urgência - é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata

ANEXO I

Documentação obrigatória no ato da contratação do plano do plano e ou inclusão de dependentes e agregados

1. Beneficiário titular:
a) RG e CPF;
b) Comprovante de Residência;
c) Comprovante de dados bancários; e
d) Comprovante de vínculo com o órgão (termo de posse, ou contra cheque, ou assinatura + carimbo da conveniada no Item XI da proposta de adesão, ou declaração do órgão).

2. Cônjuge:
a) RG e CPF; e
b) Certidão de casamento civil.
3. Companheiro (a) ou companheiro (a) homo:
a) RG e CPF; e b) Declaração de união estável registrada em cartório.

4. Filhos, enteados, tutelados, menor sob guarda:
a) Certidão de nascimento/RG, ou de certidão de adoção ou documento tutelar legal; e
b) CPF.

5. Agregados limitado ao quarto grau de parentesco consanguíneo e segundo grau de parentesco por afinidade:
a) Certidão de nascimento/RG;
b) CPF; e
c) Documentos comprobatórios do grau de parentesco com o titular.

0800 703 4545
www.assefaz.org.br

ANS Nº 34.692-6