# Regulamento

Fachesf Saúde

ESPECIAL

## Capítulo I - DAS DEFINIÇÕES

O presente regulamento traça as diretrizes do Plano de Assistência à Saúde Fachesf-Saúde Especial, cujas definições relacionamos a seguir:

**Artigo 1° -** O PLANO FACHESF-SAÚDE ESPECIAL, doravante denominado PLANO ESPECIAL, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do Ministério da Saúde, sob o n° 436.222/01-5, é um Plano de Assistência à Saúde, de contratação coletiva por adesão com patrocínio, na modalidade de autogestão, sem fins lucrativos, e operado pela Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

**Artigo 2° -** FACHESF corresponde à Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf, na qualidade de Patrocinadora da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

**Artigo 3° -** CHESF corresponde à Companhia Hidro Elétrica do São Francisco - Chesf, na qualidade de Patrocinadora da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

**Artigo 4° -** OUTRAS PATROCINADORAS significará toda pessoa jurídica que vier a firmar convênio de adesão, na forma prevista no Estatuto da Entidade e na legislação em vigor, na qualidade de Patrocinadora da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

**Artigo 5° -** PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - É o conjunto dos Planos Assistenciais à Saúde, denominados: BÁSICO, PADRÃO e ESPECIAL, doravante denominados PLANOS, administrados pela Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

**Artigo 6° -** FACHESF-SAÚDE corresponde ao Fundo que reúne solidariamente os recursos provenientes do PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE e é composto dos Fundos Assistencial, de Grandes Riscos e de Reservas.

## Capítulo II - DO OBJETO

**Artigo 7° -** O PLANO ESPECIAL tem por objeto assegurar a seus USUÁRIOS, definidos no Capítulo VI deste Regulamento, a assistência médico-hospitalar com cobertura obstétrica e ambulatorial, nos termos do Capítulo XIII deste Regulamento, observados os limites de cobertura estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

## Capítulo III - DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DURAÇÃO

**Artigo 8° -** A área geográfica de abrangência do PLANO ESPECIAL compreende os estados da Região Nordeste do Brasil e as cidades do Rio de Janeiro - RJ, e São Paulo - SP.

*Parágrafo único* - Em algumas cidades abrangidas no caput deste Artigo, bem como nas demais Regiões brasileiras, o atendimento poderá ser realizado através de convênios assistenciais de saúde ou reembolso.

**Artigo 9° -** O prazo de duração do PLANO ESPECIAL é indeterminado.

## Capítulo IV - DA OPERADORA

**Artigo 10° -** A operadora do PLANO ESPECIAL é a Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ 42.160.192/0001-43, classificada na Agência Nacional de Saúde Suplementar como autogestão sem mantenedor, situada na Rua do Paissandu, N° 58, Boa Vista, CEP: 50.070- 200, doravante denominada OPERADORA, legalmente investida dos poderes para estipulação e administração deste PLANO ESPECIAL, nos termos do registro n° 31.723-3, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do Ministério da Saúde.

## Capítulo V - DOS CONCEITOS

**Artigo 11° - Acidente Pessoal -** Evento súbito, involuntário, com início e local de acontecimento bem caracterizados, externo à pessoa, que por si só e independentemente de qualquer outra causa seja suficiente para causar danos à saúde.

**Artigo 12° - Acomodação em Apartamento -** Entende-se como acomodação em ESPECIAL apartamento a internação em unidade hospitalar com banheiro privativo, destinada a um paciente individualmente.

**Artigo 13° - Ambulatório -** É o estabelecimento legalmente constituído, integrante ou não de um hospital, capacitado para o atendimento de consultas médicas básicas e de especialidades, procedimentos terapêuticos e diagnósticos, sem necessidade de internação hospitalar.

**Artigo 14° - Atendimento Ambulatorial -** São os serviços realizados em ambulatório que não exigem internação hospitalar.

**Artigo 15° – Atendimento de emergência –** Conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata, por apresentarem risco de vida. Para caracterização de emergência, a OPERADORA poderá exigir apresentação de relatório médico e de exames complementares que a comprovem.

**Artigo 16° – Atendimento de urgência –** Conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata, resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional. Para caracterização desta situação, a OPERADORA poderá exigir a apresentação de relatório médico que a comprove.

**Artigo 17° – Consulta médica –** É o atendimento do paciente no consultório do médico, hospital ou clínica, em horário normal de atendimento, para fins de exame, diagnóstico, tratamento e orientação.

**Artigo 18° – Diária de paciente –** É o período de internação hospitalar unitário superior a 12 horas e até 24 horas. Estão compreendidas na diária as despesas com aluguel de apartamento e/ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente.

**Artigo 19° – Diária de Acompanhante –** É a cobertura de despesas correspondentes ao pernoite e café da manhã do acompanhante. Caso o acompanhante seja menor de 18 anos, maior de 60 anos, ou pessoa com deficiência de qualquer idade, terá direito às 03 refeições.

**Artigo 20° – Doença –** É o evento mórbido de causa não acidental, manifestada através da alteração do estado de equilíbrio de um indivíduo com o meio, que requeira tratamento médico e/ou hospitalar.

**Artigo 21° – Evento –** É o conjunto de ocorrências ou serviços de Assistência Médica e/ou Hospitalar verificados após a inscrição do USUÁRIO no PLANO ESPECIAL.

**Artigo 22° – Exames Complementares de Diagnóstico Ambulatoriais –** São os exames necessários ao diagnóstico do paciente, quais sejam: radiológicos, de análises clínicas e/ou anatomia patológica, bem como outros exames especiais, por solicitação médica, que não necessitem de internação hospitalar.

**Artigo 23° – Honorários Médicos –** É a forma de remuneração do conjunto de atos médicos e/ou hospitalares de um ou mais especialistas, realizadas na assistência à saúde do USUÁRIO.

**Artigo 24° – Hospital –** É o estabelecimento legalmente constituído, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos. Um hospital, para efeito de reconhecimento por este Regulamento, precisa manter pacientes regularmente, dia e noite, possuir instalações para diagnósticos, cirurgia e terapia sob supervisão de uma equipe de médicos e propiciar serviços regulares de enfermagem durante as 24 horas do dia, prestado por enfermeiros(as) e auxiliares de enfermagem profissionalmente habilitados. Não se enquadram nesta definição instituições como casa de repouso, casa de pessoas idosas, clínicas para tratamento estético e de obesidade (spas).

**Artigo 25° – Hospitalização –** É a internação em hospital para tratamento clínico ou cirúrgico.

**Artigo 26° – Internação –** Evento hospitalar com admissão do paciente para ocupar um leito (e diária) por um período superior a 12 (doze) horas, com finalidade de realizar procedimentos de natureza terapêutica e/ou diagnóstica cujas condições do paciente, evoluções do quadro, complexidade do tratamento não permitam a realização em nível ambulatorial ou domiciliar.

**Artigo 27° – Procedimentos Eletivos –** São aqueles procedimentos previamente diagnosticados e, em decorrência, programados para intervenção médica e ou cirúrgica.

> *Parágrafo Primeiro* – Para os casos descritos no caput deste Artigo, os USUÁRIOS necessitam se submeter à perícia prévia para fins de autorização de internamento e tratamento, sem a qual o procedimento não será coberto pelo PLANO ESPECIAL.
>
> *Parágrafo Segundo* – Nos casos em que houver solicitação médica para utilização de próteses, órteses e materiais especiais, é necessária a autorização prévia, de acordo com os prazos estabelecidos pela operadora.

**Artigo 28° – Regulamento do PLANO ESPECIAL –** É o instrumento que expressa os direitos e obrigações entre as partes, OPERADORA e USUÁRIOS, devendo ser assim observado.

**Artigo 29° – Serviços Auxiliares de Hospitalização –** São os serviços hospitalares necessários ao tratamento terapêutico, abrangendo exames complementares de diagnóstico, indispensáveis ao controle da evolução do quadro de saúde do paciente internado, medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e demais recursos utilizados para fins de tratamento.

**Artigo 30° – Tratamento –** É o conjunto de atos médicos, hospitalares e/ou de profissionais de saúde realizados na assistência à saúde do USUÁRIO.

**Artigo 31° – Visita Hospitalar –** É a visita médica ao paciente durante o período de sua hospitalização para tratamento clínico ou cirúrgico, realizada no local de internamento.

**Artigo 32° – Visita Médica Domiciliar –** É a ida do médico ao domicílio do paciente para fins de exame, diagnóstico, tratamento e/ou orientação.

## Capítulo VI – DOS USUÁRIOS

**Artigo 33° –** Os USUÁRIOS são, em qualquer época, o conjunto de pessoas efetivamente aceitas pelo PLANO ESPECIAL, cujas adesões tenham sido deferidas pela OPERADORA.

**Artigo 34° –** Podem se inscrever na categoria de Titulares do PLANO ESPECIAL:

**I.** Os empregados ativos da CHESF, da FACHESF, ou de OUTRAS PATROCINADORAS, desde que os mesmos sejam Participantes dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf;

**II.** Os ex-empregados da CHESF, da FACHESF, ou de OUTRAS PATROCINADORAS, desde que suplementados pelos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf;

**III.** Os pensionistas suplementados pelos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf;

**IV.** Os ex-empregados da CHESF, da FACHESF, ou de OUTRAS PATROCINADORAS, desde que os mesmos sejam Participantes dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

**Artigo 35° -** Os USUÁRIOS já inscritos no PLANO ESPECIAL, até a data de 30/06/1998, na categoria de Não Participantes da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf, poderão permanecer vinculados como Titulares e seus respectivos Dependentes, nas seguintes situações:

**I.** Os empregados da CHESF, da FACHESF, ou de OUTRAS PATROCINADORAS Não Participantes da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf;

**II.** Os ex-empregados da CHESF, da FACHESF, ou de OUTRAS PATROCINADORAS Não Participantes da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

> *Parágrafo Primeiro* - No caso de falecimento do Titular de que trata o caput deste Artigo, os respectivos Dependentes existentes poderão permanecer no PLANO ESPECIAL, na categoria Concessão Especial.
>
> *Parágrafo Segundo* - Na categoria Concessão Especial não poderá ser incluído nenhum tipo de Dependente no PLANO ESPECIAL, ressalvados os casos de nascituros filhos do Titular falecido.

**Artigo 36° -** Em caso de falecimento do empregado ou do ex-empregado, assumirá a Titularidade o Dependente elegível à condição de pensionista, sendo que, nesta situação, o novo Titular responsável não poderá, em hipótese alguma, incluir novos Dependentes que não tenham estes relação de parentesco com o falecido, nos termos do Artigo 37°.

**Artigo 37° -** Consideram-se Dependentes dos Titulares, observado o Artigo 36°, os seguintes USUÁRIOS:

*I. Dependentes Diretos:*

**a)** Cônjuge ou Companheiro(a), hetero ou homoafetivos;
**b)** Filhos e enteados solteiros até 24 anos;

**c)** Filhos e enteados com deficiência, de qualquer idade;

*II. Agregados:*

**a)** Filhos e enteados que perderem a condição de Dependente Direto;
**b)** Tutelados(as) / menor sob guarda;
**c)** Pai e mãe;
**d)** Um padrasto e uma madrasta;
**e)** Neto(a);
**f)** Um ex-cônjuge ou um(a) ex-companheiro(a).

*Parágrafo Primeiro* - Na hipótese do USUÁRIO Titular já ter inscrito, até 31 de janeiro de 2002, mais de um cônjuge ou companheiro(a), estes permanecerão inscritos no PLANO ESPECIAL.

*Parágrafo Segundo* - Para efeito deste Regulamento entende-se por enteado o filho economicamente dependente do atual cônjuge, concebido anteriormente a este matrimônio, ou do(a) atual companheiro(a).

**Artigo 38° -** As categorias e faixas etárias de USUÁRIOS estão definidas na Tabela de Categorias de USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL, anexa a este Regulamento e parte integrante do mesmo.

**Artigo 39° -** São considerados documentos comprobatórios para inscrição de Dependentes Diretos e Agregados dos Titulares os seguintes:

*Parágrafo Primeiro* - Para inclusão de Dependentes Diretos:

*I) Cônjuge:* cópia do documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), cópia do CPF e cópia da certidão de casamento.

*II) Companheiro(a):* deve ser observado o cumprimento integral das seguintes condições:

**a)** Ser o Titular solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente ou divorciado(a), mediante a correspondente prova documental, nos seguintes termos: para o solteiro, certidão de nascimento e declaração; para o viúvo, certidão de óbito do cônjuge; para o separado(a) ou divorciado(a), o termo judicial;

**b)** Certidão de nascimento de filhos em comum e/ou declaração comprovando vida em comum e residência em conjunto;

**c)** Ser o(a) companheiro(a) solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente ou divorciado(a), mediante a correspondente prova documental, nos seguintes termos: para o solteiro, certidão de nascimento e declaração; para o viúvo, certidão de óbito do cônjuge; para o separado(a) ou divorciado(a), o termo judicial;

**d)** Apresentar a seguinte documentação do companheiro(a): cópia do documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte); cópia do CPF; cópia da certidão de nascimento ou de casamento com averbação de divórcio do titular e do(a) companheiro(a), ou cópia da certidão de óbito do cônjuge, se for o caso; declaração de união estável registrada em cartório.

*III) Filhos e enteados:* cópia da certidão de nascimento para menores de 18 anos, ou documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), para maiores de 18 anos; cópia do CPF para maiores de 14 anos; cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório entre o(a) titular e o(a) cônjuge ou companheiro(a), para os casos de enteados.

*IV) Filhos e enteados com deficiência, de qualquer idade:* cópia da certidão de nascimento, para menores de 18 anos, ou documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), para maiores de 18 anos; cópia do CPF para maiores de 14 anos; cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório entre o(a) titular e o(a)cônjuge ou companheiro(a), para os casos de enteados; atestado do INSS ou de outro Órgão Público competente, que comprove invalidez, contendo diagnóstico, nome completo do médico emitente e número de seu CRM.

*Parágrafo Segundo - Para inclusão de Agregados:*

*I. Filhos e enteados que perderam a condição de Dependente Direto:* cópia da certidão de nascimento para menores de 18 anos, ou documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), para maiores de 18 anos; cópia do CPF para maiores de 14 anos; cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável registrada em cartório entre o(a) titular e o(a) cônjuge ou companheiro(a), para os casos de enteados.

*II. Tutelados / Menor sob guarda:* cópia da certidão de nascimento, para menores de 18 anos ou documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), para maiores de 18 anos; cópia do CPF para maiores de 14 anos; cópia da certidão de tutela ou guarda emitida pelo poder judiciário (provisória ou permanente).

*III. Pais:* cópia de documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte); cópia do CPF; cópia da certidão de nascimento ou documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), ou ainda a certidão de casamento do Titular.

*IV. Padrasto e/ou madrasta:* cópia de documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte); cópia do CPF; cópia da certidão de casamento ou da declaração de união estável registrada em cartório entre o pai e a mãe do titular.

*V. Netos:* cópia da certidão de nascimento, para menores de 18 anos ou documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), para maiores de 18 anos; cópia do CPF para maiores de 14 anos; cópia do RG do pai ou da mãe do neto(a), ou cópia da certidão de nascimento do neto, para comprovação de parentesco.

*VI. Ex-cônjuge/ex-companheiro(a):* cópia do documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte); cópia do CPF; cópia da certidão de casamento com averbação de divórcio. Para o caso de ex-cônjuge; cópia da decisão judicial assegurando a obrigatoriedade do(a) ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) no plano Fachesf-Saúde.

> *Parágrafo Primeiro* - Para fins de exclusão de ex-cônjuge / ex-companheiro(a), por separação ou divórcio, é necessária a solicitação formal do Titular, que somente será efetivada após análise quanto à existência de decisão judicial determinando a manutenção no plano.

**Artigo 40° -** No caso de falecimento do USUÁRIO Titular do PLANO ESPECIAL, dentre os seus Dependentes, aqueles transferidos para a categoria de Pensionistas Titulares de núcleo(s) familiar(es) de qualquer um dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf, se tornarão novos Titulares.

> *Parágrafo único* - Existindo algum Dependente que não pertença a qualquer núcleo familiar definido nos termos do caput deste Artigo, o mesmo será considerado Titular na categoria Concessão Especial, para fins de direitos e obrigações do PLANO ESPECIAL.

**Artigo 41° -** Na impossibilidade de qualquer um dos Pensionistas assumir a Titularidade do PLANO ESPECIAL, por não ter maioridade ou apresentar incapacidade temporária ou permanente, poderá ser nomeado um tutor ou curador responsável pelos mesmos, exclusivamente para este fim, não podendo ser o tutor ou curador incluído no PLANO ESPECIAL para sua utilização.

**Artigo 42° -** Podem permanecer vinculados ao PLANO ESPECIAL, na categoria de Titular Concessão Especial, os seguintes casos:

**I.** Todos os Dependentes que já estavam inscritos por ocasião do falecimento de Titular, e não existindo no PLANO ESPECIAL um Dependente que preencha uma das condições do Artigo 34°;

**II.** O Dependente Direto que vier a perder a condição de Titular pensionista em um dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

> *Parágrafo único* - Os USUÁRIOS que se enquadram na categoria Titular Concessão Especial não poderão inscrever novos Dependentes, seja a que título for, ressalvando-se os casos de nascituros, filhos do Titular falecido.

**Artigo 43° -** Os Agregados do Titular falecido poderão permanecer no PLANO ESPECIAL, desde que não haja solicitação formal de exclusão pelo "Pensionista Titular", citado no Artigo 40°.

**Artigo 44° -** Os Dependentes Diretos e Agregados deverão ser inscritos na mesma opção de cobertura do Titular.

## Capítulo VII - DOS DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS

**Artigo 45° -** São direitos dos associados Titulares:

*Parágrafo Primeiro* - Requisitar, para si ou para seus Dependentes Diretos ou Agregados, quaisquer dos atendimentos previstos no PLANO ESPECIAL de acordo com este Regulamento;

*Parágrafo Segundo* - Apresentar ao Conselho Deliberativo e Fiscal do FACHESF- SAÚDE reclamações/sugestões quanto ao funcionamento do PLANO ESPECIAL.

**Artigo 46° -** São deveres dos USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL:

*Parágrafo Primeiro* - Cumprir, e fazer cumprir, por Titulares, seus Dependentes Diretos e Agregados inscritos no PLANO ESPECIAL, todas as disposições do presente Regulamento e resoluções da OPERADORA;

*Parágrafo Segundo* - Apresentar a carteira de identificação de USUÁRIO, bem como carteira de identidade, sempre que utilizar o benefício e/ou quando solicitado;

*Parágrafo Terceiro* - Permitir, ao corpo médico autorizado pela OPERADORA, o acesso ao prontuário médico que se encontre sob guarda de profissional ou estabelecimento médico-hospitalar;

*Parágrafo Quarto* - Permitir, ao corpo técnico autorizado pela OPERADORA (médicos, enfermeiras e psicólogos), o questionamento ou a solicitação de relatórios acerca de dados clínicos necessários à análise prévia e autorização de procedimentos;

*Parágrafo Quinto* - Submeter-se, quando determinado pela OPERADORA, a avaliações técnico-administrativas pertinentes;

*Parágrafo Sexto* - Comunicar, por escrito, à OPERADORA, qualquer ocorrência contrária às determinações previstas neste Regulamento.

*Parágrafo Sétimo* - Solicitar formalmente a exclusão como dependente de ex-companheiro(a), ou do ex-cônjuge companheiro(a), ou de ex-cônjuge.

## Capítulo VIII – DOS CONSELHOS DELIBERATIVO E FISCAL

**• Conselho Deliberativo**

**Artigo 47° –** Compete ao Conselho Deliberativo da OPERADORA, nos termos de seu Estatuto, na qualidade de Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, a fixação de objetivos, políticas, diretrizes e normas gerais do PLANO ESPECIAL, no que diz respeito a:

**I.** Acompanhar o desempenho técnico-financeiro do PLANO ESPECIAL de acordo com o Estatuto da OPERADORA e Regulamento deste PLANO ESPECIAL;

**II.** Analisar dados e relatórios gerenciais do PLANO ESPECIAL podendo, para tanto, requisitar informações sobre assuntos pertinentes ao PLANO ESPECIAL;

**III.** Deliberar sobre a aplicação de prazos de carência em circunstâncias não previstas em Regulamento;

**IV.** Opinar sobre normas relativas às atividades de regulação do atendimento, incluindo percentuais no fator moderador ou taxas de franquias na utilização de serviços, com o objetivo de recomendar formalmente medidas preventivas e corretivas nos eventuais desvios verificados que possam prejudicar o desempenho técnico-financeiro do PLANO ESPECIAL;

**V.** Aprovar os reajustes nas contribuições mensais dos USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL tendo como base a evolução dos custos relativos às despesas cobertas pelo PLANO ESPECIAL;

**VI.** Recomendar, quando cabível, a aplicação das penalidades, previstas em Regulamento, aos USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL;

**VII.** Aprovar alterações no Regulamento do PLANO ESPECIAL;

**VIII.** Analisar as reclamações e sugestões a que se refere este Regulamento;

**IX.** Deliberar sobre os casos omissos neste Regulamento;

**X.** Propor a extinção do PLANO ESPECIAL, usando critérios claros e justificados, encaminhando o processo segundo legislação em vigor ou ainda criar novos Planos.

**Artigo 48° –** O Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE será constituído pelos membros do Conselho Deliberativo da OPERADORA, sendo o Presidente daquele o Presidente deste Conselho Deliberativo.

**Artigo 49° –** O USUÁRIO Titular poderá encaminhar propostas de modificações ao Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, que deverá examiná-las e julgá-las de modo formal.

**• Conselho Fiscal**

**Artigo 50°–** O PLANO ESPECIAL terá sua execução permanentemente fiscalizada por um Conselho Fiscal, competindo-lhe:

**I.** Fiscalizar e acompanhar o desempenho da aplicação financeira dos recursos disponíveis;

**II.** Fiscalizar as receitas e as despesas do PLANO ESPECIAL;

**III.** Acompanhar as auditorias periódicas e participar de reuniões de apresentação dos relatórios de auditagem;

**IV.** Emitir parecer anual sobre as contas do Fundo FACHESF-SAÚDE.

**Artigo 51° –** O Conselho Fiscal será constituído pelos membros do Conselho Fiscal da OPERADORA, sendo o Presidente deste Conselho o Presidente do Conselho Fiscal da OPERADORA.

## Capítulo IX – DO CUSTEIO E DO PATRIMÔNIO FINANCEIRO DO PLANO

**Artigo 52° –** O PLANO ESPECIAL será custeado integralmente pelos USUÁRIOS, de acordo com a Tabela de Categorias de USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL, anexa a este Regulamento e parte integrante do mesmo.

> *Parágrafo único –* Admitir-se-á o custeio por parte da CHESF, da FACHESF e de OUTRAS PATROCINADORAS em favor de seus empregados e Dependentes USUÁRIOS deste PLANO ESPECIAL.

**Artigo 53° –** A CHESF, a FACHESF e OUTRAS PATROCINADORAS poderão manter as diversas formas de financiamento dos Planos do FACHESF-SAÚDE para seus empregados e Dependentes, facultando-lhe as opções, entre outras, de gratuidade ao empregado, contribuição fixa mensal do empregado em percentual de salário ou valor fixo, participação na utilização, franquias etc.

**Artigo 54° –** O FACHESF-SAÚDE poderá ter, entre outras alternativas de custeio do PLANO ES-

PECIAL, a composição dos valores de contribuição mensal através de mensalidade fixa associada ou não a fatores moderadores na forma de participação da utilização de serviços e/ou taxas de franquias.

**Artigo 55° –** Para fins de confecção das tabelas com os valores de contribuição por faixas etárias, as categorias de USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL poderão ser agrupadas de acordo com a afinidade e/ou semelhança entre elas ou ainda participação das empresas no custeio do PLANO ESPECIAL.

**Artigo 56° –** Para cobertura das despesas administrativas dos PLANOS, a OPERADORA fica autorizada a transferir mensalmente para o seu Programa Administrativo o correspondente ao percentual aprovado na Nota Técnica de Registro do Produto pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE.

**Artigo 57° –** O Fundo Assistencial tem por objetivo saldar as despesas assistenciais dos PLANOS e será constituído pelo saldo entre as receitas oriundas das contribuições mensais dos USUÁRIOS e das Patrocinadoras, depois de descontadas as parcelas destinadas à constituição do Fundo de Grandes Riscos, do Fundo de Reserva, do Programa Administrativo e as despesas mensais realizadas.

**Artigo 58° –** O Fundo de Cobertura de Grandes Riscos garantirá a cobertura nos casos em que os custos de um evento se situarem entre os limites mínimo e máximo, definidos por ocasião da avaliação atuarial.

**I.** Por limites mínimo e máximo do Fundo de Cobertura de Grandes Riscos entendem-se os limites dentro dos quais a parcela da despesa assistencial será coberta por este fundo.

**II.** Quando os custos de um evento forem inferiores ao limite mínimo ou excederem o limite máximo de cobertura desse Fundo, tais valores serão cobertos pelo Fundo Assistencial.

**III.** Por decisão do Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE fica deferido à OPERADORA a contratação de garantia externa para fazer face aos riscos assegurados pelo Fundo de Cobertura de Grandes Riscos.

**Artigo 59°** – O Fundo de Reserva tem o objetivo de proporcionar garantias ao FACHESF-SAÚDE, protegendo-o dos riscos inerentes à atividade e será constituído por contribuições mensais específicas a ele destinadas.

> *Parágrafo Único* – Após a constituição do Fundo de Reserva necessário para a garantia do FACHESF-SAÚDE, a contribuição correspondente poderá ser reduzida ou até mesmo suprimida, dependendo de avaliação atuarial.

**Artigo 60° –** As receitas e despesas dos PLANOS serão contabilizadas em separado pela OPERADORA, no seu Programa Assistencial.

**Artigo 61° –** Os empregados ativos Participantes dos Planos Previdenciários da Fundação Chesf

de Assistência e Seguridade Social - Fachesf, que venham a ser desligados ou licenciados de suas Patrocinadoras, para continuarem neste PLANO ESPECIAL, terão a sua contribuição e a de seus Dependentes iguais à dos suplementados da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

**Artigo 62° -** O FACHESF-SAÚDE representa uma reserva financeira objetivando a cobertura das oscilações mensais de custos dos PLANOS, sendo constituído das seguintes fontes de receitas:

**I.** Saldos financeiros mensais positivos oriundos da diferença entre o arrecadado com as mensalidades atuarialmente fixadas e as despesas diretas e administrativas dos PLANOS;

**II.** Eventuais repasses ou subsídios obtidos da CHESF, da FACHESF, ou de OUTRAS PATROCINADORAS, bem como os bens ou valores havidos por qualquer título e suas rendas eventuais, inclusive as decorrentes da aplicação dos recursos do FACHESF-SAÚDE;

**III.** Contribuições específicas para formação do Fundo de Grandes Riscos e Fundo de Reserva.

**Artigo 63°-** Em caso de oscilações significativas de despesas assistenciais que levem a uma redução do Fundo de Reserva em níveis inferiores ao equivalente a 3 (três) arrecadações em mensalidades, pode o Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, automaticamente, recomendar acréscimos de mensalidades ou rateios extraordinários buscando a recomposição financeira e contábil desta modalidade.

## Capítulo X - DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL DO PLANO ESPECIAL

**Artigo 64° -** A contribuição mensal do USUÁRIO será determinada em função da sua categoria e faixa etária, conforme a Tabela de Categorias de USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL, devidamente aprovada pelo Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE.

*Parágrafo Primeiro* - A primeira contribuição do USUÁRIO será cobrada a partir do mês subsequente ao da solicitação de adesão.

*Parágrafo Segundo* - A Tabela de Categorias de USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL poderá ter atualização mensal dos valores de contribuição para as novas adesões e/ou inclusões, não implicando correção automática das mensalidades dos USUÁRIOS já Participantes do FACHESF-SAÚDE, que serão reajustadas segundo legislação vigente e demais itens deste Regulamento.

**Artigo 65° -** Os valores das contribuições mensais serão automaticamente debitados em folha

de pagamento das Patrocinadoras da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf, que deverão repassar à OPERADORA até o quinto dia útil subsequente ao mês de referência. Na impossibilidade da contribuição mensal ser descontada em folha, será emitido boleto bancário.

**Artigo 66° -** A contribuição mensal terá como data de vencimento o último dia do mês de referência quando o desconto for efetuado em folha, ou o dia 15 do mês subsequente ao mês de referência quando a cobrança for realizada através de boleto bancário.

> *Parágrafo Único* - Havendo pagamento em atraso, após a data de vencimento, incidirá sobre o valor da contribuição mensal juros de mora de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia, relativos ao período em atraso, além de multa de 1% (um por cento).

**Artigo 67° -** Nos casos em que o Titular não tenha recebido a cobrança bancária até a data anterior à de vencimento, conforme Artigo 66°, deverá procurar orientação da OPERADORA para pagamento na data estabelecida.

**Artigo 68° -** O reajuste da contribuição mensal e da franquia serão feitos segundo legislação vigente, com base na utilização e evolução dos custos dos serviços médicos e/ou hospitalares, segundo avaliação atuarial do PLANO ESPECIAL, sendo o percentual de reajuste aprovado pelo Conselho Deliberativo do Fachesf-Saúde e comunicado à ANS, conforme estabelece regulamentação em vigor.

**Artigo 69° -** Ao ultrapassar a idade limite da faixa etária e/ou mudar da categoria na qual se encontra, o USUÁRIO Titular, Dependente Direto ou Agregado, terá a sua contribuição alterada automaticamente de acordo com as faixas etárias/categorias definidas para o PLANO ESPECIAL, no mês subsequente ao da alteração, enquadrando-se ao valor da contribuição referente a sua nova faixa etária/categoria, mantidas as coberturas e carências contratadas.

## Capítulo XI - DO REGIME DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**Artigo 70° -** O PLANO ESPECIAL manterá uma rede de serviços credenciados, cuja utilização será facultada a todos os USUÁRIOS, com as devidas restrições do PLANO ESPECIAL. Neste caso, o pagamento das despesas realizadas será efetuado pela OPERADORA diretamente à pessoa física ou jurídica prestadora do serviço.

**Artigo 71° -** As contas apresentadas serão analisadas técnica e administrativamente com o objetivo de averiguar a compatibilidade entre os serviços prestados e os preços cobrados.

**Artigo 72° -** Cabe à OPERADORA providenciar, depois da utilização do serviço pelo BENEFICIÁ-

RIO Titular e/ou seu(s) dependente(s), a informação e cobrança das despesas médico-hospitalares ou coparticipações decorrentes ao BENEFICIÁRIO Titular, conforme estabelecido entre o BENEFICIÁRIO e a CHESF, FACHESF e OUTRAS PATROCINADORAS.

**Artigo 73° –** Periodicamente, a OPERADORA fará publicar catálogo contendo nomes, endereços e especialidades de todos os profissionais e estabelecimentos credenciados, distribuindo-os aos USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL.

**Artigo 74° –** Entende-se como Rede Credenciada aquela constituída por contratos ou convênios firmados entre a OPERADORA ou serviços contratados de terceiros e hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e outras atividades correlatas da área de saúde abrangida pelo PLANO ESPECIAL.

**Artigo 75° –** A lista de profissionais e entidades credenciadas dependerá da aprovação da OPERADORA, que decidirá quanto à inclusão do credenciado.

**Artigo 76° –** A exclusão e/ou substituição da Rede Credenciada, de profissionais médicos, pessoa física ou jurídica ocorrerão a pedido do prestador, ou por iniciativa da OPERADORA, exceto os estabelecimentos hospitalares onde a exclusão ou substituição ocorrerá respeitando-se os seguintes critérios:

**I.** Por iniciativa do Prestador;

**II.** Por iniciativa da OPERADORA, nos casos de substituição do prestador por outro equivalente, mediante comunicação prévia ao USUÁRIO e à ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência;

**III.** Por iniciativa da OPERADORA, nos casos de exclusão do prestador com autorização da ANS.

**Artigo 77° –** O USUÁRIO poderá utilizar o sistema de reembolso das despesas com assistência à saúde, nos limites das obrigações contratuais e as devidas restrições do PLANO ESPECIAL, observando-se o Capítulo XIII deste Regulamento, quando forem efetuadas pelo Titular, Dependente Direto ou Agregado e não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados.

**Artigo 78° –** Cabe exclusivamente ao Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE assessorado pela Diretoria Executiva da OPERADORA e órgãos internos por ela designados, bem como representantes da CHESF, da FACHESF e de OUTRAS PATROCINADORAS estabelecerem regras, emitirem normativos e adotarem condutas relativas às atividades de regulação do atendimento, de acordo com legislação específica, entre as quais incluem-se:

**I.** Inclusão e exclusão de procedimentos na Tabela de Serviços do PLANO ESPECIAL, respeitando-se o "Rol de Procedimentos" editado pelo Ministério da Saúde;

**II.** Critérios de credenciamento e descredenciamento de profissionais e estabelecimentos necessários ao atendimento, bem como os parâmetros de negociação de valores de serviços com a rede prestadora definida;

**III.** Definição de procedimentos e respectivos critérios de liberação, sujeitos à autorização prévia e/ou perícia;

**IV.** Definição de critérios de autorizações prévias de internações e respectivos prazos ou intervalos de comunicação de permanência hospitalar;

**V.** Definição de critérios de compra ou fornecimento de próteses e órteses de implante cirúrgico;

**VI.** Definição de regras e padrões para eventuais direcionamentos a internações ou execução de serviços em diagnose ou terapia, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados;

**VII.** Critérios, limites etários e quantitativos para cobertura de determinados procedimentos, bem como limites e critérios de reembolso, respeitada a legislação em vigor;

**VIII.** Demais definições e normatizações que venham a ser consideradas como inerentes à regulação da utilização e prestação de serviços assistenciais.

## Capítulo XII – DA UTILIZAÇÃO DO PLANO ESPECIAL

**• Adesão**

**Artigo 79° –** A adesão ao PLANO ESPECIAL será feita através do preenchimento de formulário específico, devendo o Titular apresentar os seguintes documentos: cópia do documento de identificação (RG, CNH, CTPS, conselho de classe ou passaporte), cópia do CPF, cópia do comprovante de residência; e cópia da certidão de casamento, se for o caso.

**Artigo 80° –** Será considerada data de adesão o primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação formal, conforme Artigo 79°.

> *Parágrafo único* – O nascituro filho(a) de Titular, inscrito(a) até o 30° dia do seu nascimento, terá como data de adesão o dia do seu pedido de inclusão.

**Artigo 81° –** Não será permitida a inclusão de Dependentes Diretos e/ou de Agregados sem a adesão de Titular.

**Artigo 82° –** Fica facultado ao PLANO ESPECIAL oferecer incentivos através de tabela diferenciada, descontos, bônus, entre outros, para os casos de adesão de todo o grupo familiar, isto é, do Titular e todos os seus Dependentes Diretos.

**• Inclusão / Exclusão**

**Artigo 83° –** A inclusão ou exclusão de Dependentes Diretos e Agregados deverá ser feita pelo Titular através do preenchimento de formulário específico, exceto para o caso de exclusão automática, citado no Artigo 89° adiante, podendo o Titular, a qualquer tempo, incluir ou excluir seus Dependentes Diretos ou Agregados, respeitando-se o Artigo 35° deste Regulamento. Para os casos de exclusão quer de Titular, de Dependente Direto ou Agregado, não caberá a devolução das contribuições mensais pagas.

> *Parágrafo Único* – A omissão de comunicado formal à OPERADORA quanto à ausência de qualquer USUÁRIO, ou qualquer outro evento que caracterizaria, por sua natureza, pagamento indevido, exceto por falecimento, não ensejará devolução das contribuições recolhidas antes da data de sua efetiva comunicação ao PLANO ESPECIAL.

**Artigo 84° –** A exclusão do USUÁRIO Titular, exceto em caso de falecimento, acarretará na exclusão automática de todos os seus Dependentes Diretos e Agregados, não cabendo devolução de valores de contribuições mensais.

**Artigo 85° –** Por ocasião da exclusão do USUÁRIO Titular, Dependente Direto e/ou Agregado, é obrigatória a devolução de todas as carteiras de identificação de USUÁRIO do PLANO ESPECIAL, respondendo sob todos os aspectos, inclusive civil e criminalmente, perante a OPERADORA, pelo seu uso indevido.

**Artigo 86° –** O USUÁRIO Titular é o responsável direto pelos débitos gerados por tal uso e autoriza a OPERADORA, desde já, a lançar estes débitos via folha de pagamento, ou cobrança bancária.

**Artigo 87° –** A separação ou divórcio do Titular implica mudança do cônjuge ou companheiro(a) e enteados da condição de Dependentes Diretos para a condição de Agregados.

**Artigo 88° –** Os Dependentes Diretos que atingiram limite de idade serão automaticamente transferidos desta categoria para a de Agregados;

**Artigo 89° –** A não quitação de 3 (três) contribuições mensais, consecutivas ou não, incluindo os débitos pendentes para com o PLANO ESPECIAL, observado o disposto no Artigo 66°, acarretará no cancelamento e a exclusão do USUÁRIO Titular, dos seus Dependentes Diretos e Agregados.

**Artigo 90° –** Fica estabelecido que a quitação da contribuição sempre corresponderá à respectiva mensalidade objeto da transação.

**Artigo 91° –** Caso o USUÁRIO Titular juntamente com seus Dependentes Diretos e Agregados tenham sido excluídos por motivo de inadimplência, conforme Artigo 89°, e o mesmo solicite

reinclusão no PLANO ESPECIAL, terá que cumprir novo período de carência, inclusive os Dependentes Diretos e Agregados, conforme a opção de cobertura escolhida.

**Artigo 92° –** As inclusões e exclusões solicitadas por escrito pelo USUÁRIO Titular até o último dia de cada mês terão os seus efeitos a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação.

**Artigo 93° –** A exclusão de USUÁRIO, por qualquer motivo, não o exime da quitação de todos os compromissos financeiros para com o PLANO ESPECIAL, cuja cobrança dos débitos de mensalidades, serviços utilizados e de despesas ainda não apropriadas deverá ser feita de forma amigável ou judicialmente.

**• Cancelamento**

**Artigo 94° –** A adesão ao PLANO ESPECIAL poderá ser cancelada pelo USUÁRIO Titular a qualquer tempo, por escrito, no entanto as solicitações efetivadas até o último dia de cada mês terão os seus efeitos a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação.

> *Parágrafo Único* – Na ocasião do cancelamento, o Titular deverá saldar todos os débitos pendentes e ainda assinar documento de confissão de dívida, para os casos de serviços utilizados e despesas ainda não debitadas, quando houver.

**Artigo 95° –** A inscrição de USUÁRIO também poderá ser cancelada pela OPERADORA de forma imediata em caso de infrações ou fraudes comprovadas praticadas pelo USUÁRIO Titular, seus Dependentes Diretos e/ou Agregados, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

**Artigo 96° –** Sem prejuízo das penalidades legais, a inscrição de Participante será automaticamente cancelada, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial, sem que caibam direitos indenizatórios à parte infratora nas seguintes situações: omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão que tenham influído na aceitação do PLANO ESPECIAL.

**• Suspensão**

**Artigo 97° –** A não quitação da contribuição mensal e/ou de débitos pendentes para com o PLANO ESPECIAL, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, após a data de vencimento, implicará suspensão do direito do Titular e seus Dependentes Diretos e Agregados à utilização do PLANO ESPECIAL.

*Parágrafo único* - Caberá à OPERADORA a informação ao USUÁRIO da situação de pagamentos em aberto e sua notificação até o quinquagésimo dia de inadimplência.

**Artigo 98° -** O direito às coberturas do PLANO ESPECIAL será readquirido a partir do pagamento das contribuições em atraso, sem que tal reativação dê ao USUÁRIO o direito à cobertura de eventos ocorridos durante o período de suspensão de utilização.

*Parágrafo único* - A cobertura de eventos ocorridos entre a data do pagamento e a data da efetiva quitação de débitos será de responsabilidade do USUÁRIO, ficando o PLANO ESPECIAL desobrigado de coberturas durante esse período.

**Artigo 99° -** Não ocorrerá suspensão durante a ocorrência de internação do beneficiário.

**• Transferência**

**Artigo 100° -** Qualquer USUÁRIO Titular poderá solicitar a sua transferência deste PLANO ESPECIAL para outro que tenha outras coberturas.

*Parágrafo Primeiro* - Com relação à carência há que se observar:

**a)** Tendo o USUÁRIO cumprido a carência no Plano de origem, desde que a cobertura do novo Plano seja mais ampla que a anterior, ser-lhe-ão exigidas as carências para coberturas referentes à acomodação em internação, diferenciação, se houver, da tabela de reembolso, dos limites de utilização e da rede credenciada específica do novo Plano;

**b)** Não tendo o USUÁRIO cumprido a carência no Plano de origem, e a cobertura do novo Plano for mais ampla que a anterior, serão exigidas as carências complementares, para a carência do Plano de origem, bem como para a carência total do novo Plano;

**c)** Se o USUÁRIO desejar transferir-se para um Plano de menor cobertura e estiver cumprindo carência no Plano de origem, a carência já computada será considerada para fins de cumprimento da carência exigida no Plano para o qual houve a transferência.

**Artigo 101° -** Haverá transferência de carência cumprida pelo USUÁRIO, quando da sua transferência de categoria, seja de Titular para Dependente ou Agregado, de Dependente para Titular ou ainda de Dependente para Agregado, como também nos casos em que o Dependente ou o Agregado for transferido de um Titular para outro, desde que a transferência se dê no mesmo nível, ou inferior, de cobertura.

*Parágrafo Primeiro* - Não será exigido período mínimo de permanência na nova opção

de cobertura para o BENEFICIÁRIO que se transferir do PLANO ESPECIAL para outro plano com níveis de cobertura inferiores.

*Parágrafo Segundo* - Para os beneficiários transferidos de planos de cobertura inferior para o PLANO ESPECIAL será exigida a permanência por um período mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de transferência.

## Capítulo XIII - DAS COBERTURAS E CARÊNCIAS

**Artigo 102° -** Cobertura corresponde a todos os serviços de assistência médico-hospitalar com cobertura obstétrica e ambulatorial previstos neste Regulamento.

**Artigo 103° -** Carência é o período de tempo, contado a partir da data de adesão conforme Artigo 79° deste Regulamento, durante o qual o USUÁRIO Titular, Dependente Direto ou Agregado deverá permanecer ininterruptamente no PLANO ESPECIAL, sem direito às coberturas do mesmo.

**• Cobertura Ambulatorial**

**Artigo 104° -** A cobertura ambulatorial, respeitado o Artigo 107°, compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, 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 de recuperação pós-anestésica, UTI ou similares.

**Artigo 105° -** O PLANO ESPECIAL prevê cobertura, considerando o disposto no Artigo 107° e 116° deste Regulamento, para os procedimentos abaixo discriminados:

**I.** Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e fisioterapias;

**II.** Procedimentos considerados como de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, com franquia conforme descrito no Artigo 109°;

**III.** Psicoterapia, durante crise, entendida como o atendimento prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência ou fase aguda e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano.

**• Participação no Evento**

**Artigo 106° –** É prevista no PLANO ESPECIAL a cobertura de procedimentos ambulatoriais, com o fator moderador na forma de participação percentual do USUÁRIO na utilização, conforme adiante explicitado:

**I.** 40% (quarenta por cento) em consultas médicas realizadas em consultório médico ou clínica médica;

**II.** 40% (quarenta por cento) em honorários complementares clínicos, cirúrgicos, de diagnóstico e de terapia realizados ambulatorialmente, de caráter eletivo, com um limite máximo de cobrança por procedimento estabelecido por ocasião da avaliação atuarial do PLANO ESPECIAL.

**• Cobertura em Procedimentos Especiais**

**Artigo 107° –** Cobertura total das despesas hospitalares, ambulatoriais e honorários médicos dos procedimentos citados abaixo, efetuados em hospitais e clínicas adotadas pela OPERADORA para este PLANO ESPECIAL, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

**I.** Cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar, exceto cirurgia de dente incluso;

**II.** Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

**III.** Quimioterapia;

**IV.** Radioterapia;

**V.** Hemoterapia;

**VI.** Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, definidas em Lei;

**VII.** Nutrição parenteral ou enteral;

**VIII.** Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

**IX.** Embolizações e radiologia intervencionista;

**X.** Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

**XI.** Fisioterapia;

**XII.** Órteses e próteses decorrentes de ato cirúrgico;

**XIII.** Transplantes de rim e de córnea;

**XIV.** Acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de rim e córnea, exceto medicação de manutenção;

**XV.** Retirada de pontos, de fios, de aparelhos de gesso, pinos, placas de platina e talas de imobilização, curativos e raio-x, no caso deste último, se decorrente de atendimento traumatológico.

*Parágrafo Primeiro* - Os USUÁRIOS candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador morto, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs - e estarão sujeitos ao critério de fila única de espera e de seleção.

*Parágrafo Segundo* - Cobertura total com despesas relativas a traslado em ambulância por via terrestre, justificada pelo médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica deste PLANO ESPECIAL e com base na tabela adotada pela OPERADORA.

**Artigo 108° -** As INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL têm cobertura ininterrupta, e serão autorizadas conforme as diretrizes de utilização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**Artigo 109° -** A cobertura nos casos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA ocorrerá após cumprido o período de carência específica de 24 (vinte e quatro) horas, previsto no Artigo 116°, com restrição aos casos abaixo descriminados:

*Parágrafo Primeiro* - Em casos de atendimento de EMERGÊNCIA, conforme descrito no Artigo 15°, o PLANO ESPECIAL garante a cobertura até 12 horas de atendimento, após o cumprimento do período de carência específica de 24 horas. Caso seja necessário, para a continuidade do atendimento de emergência, a realização de procedimentos dentro da cobertura de internação hospitalar, estando ainda cumprindo período de carência, mesmo sendo na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 horas, a cobertura cessará nos casos que evoluírem para internação, sendo que a responsabilidade financeira, a partir desta necessidade, passará a ser do USUÁRIO, não cabendo nenhum ônus à OPERADORA.

*Parágrafo Segundo* - Em casos de atendimento de URGÊNCIA, conforme descritos no Artigo 16°, o PLANO ESPECIAL garante a cobertura dentro dos limites do PLANO ESPECIAL, após o cumprimento do período de carência específica de 24 horas. Nos casos que não evoluírem para internação, os procedimentos posteriores à alta do

atendimento de urgência deverão ser cobrados diretamente ao USUÁRIO, não sendo cobertos pelo PLANO ESPECIAL.

*Parágrafo Terceiro* - Para os casos de atendimento de urgência, conforme parágrafo anterior, o USUÁRIO também terá direito à internação, quando houver necessidade.

*Parágrafo Quarto* - O PLANO ESPECIAL garante a cobertura quando o atendimento de urgência ou emergência se referir ao processo gestacional, porém quando houver a assistência médica hospitalar em pacientes nesta condição, estando ainda cumprindo período de carência, o PLANO ESPECIAL cobrirá até 12 horas de atendimento, nas mesmas condições previstas no parágrafo primeiro deste Artigo.

**• Franquia No Evento**

**Artigo 110° -** É prevista a franquia como participação do USUÁRIO na utilização do evento decorrente do atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, com o valor a ser estabelecido pelo Conselho Deliberativo do Fachesf-Saúde. Para os casos em que há participação da empresa no custeio, esse valor da franquia será reduzido proporcionalmente à participação da empresa no custeio dessas despesas do USUÁRIO.

**Artigo 111° -** O PLANO ESPECIAL fica responsável pela remoção do paciente após realização do atendimento caracterizado como emergência ou urgência, exclusivamente quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos técnicos oferecidos pela unidade que prestou o atendimento para continuidade do tratamento. Também havendo necessidade de internação, quando o USUÁRIO não tiver direito a esta, a remoção será para uma unidade do SUS que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

*Parágrafo Primeiro* - Quando o USUÁRIO ou o seu responsável optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no caput deste Artigo, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

*Parágrafo Segundo* - Caso não possa haver a remoção em decorrência de risco de vida do USUÁRIO, este ou o seu responsável e o prestador de atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA deste ônus.

**Artigo 112° -** O PLANO ESPECIAL poderá oferecer ainda coberturas adicionais e opcionais através de Sub-Programas de Assistência à Saúde, com procedimentos de caráter curativo, preventivo, de promoção de saúde e ainda serviços especiais não obrigatórios na Regulamentação da Saúde Supletiva em vigor, conforme normatização própria.

**• Coberturas em Internação Hospitalar**

**Artigo 113° –** Cobertura total das despesas com internação hospitalar, citadas abaixo, com acomodação em apartamento simples, desde que não estejam enquadradas no Capítulo XIV deste Regulamento, em hospitais e clínicas credenciadas pela OPERADORA, conforme relação de credenciados também definida pela OPERADORA:

**I.** Diárias e taxas hospitalares, inclusive em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou similar;

**II.** Internação em apartamento simples ou similar (podendo ter climatização e telefone);

**III.** Diárias para 1 (um) acompanhante;

**IV.** Gases para fins terapêuticos, anestésico, medicamentos, materiais de uso hospitalar, sangue e derivados, usados durante a internação;

**V.** Exames realizados no período de internação, indicados pelo profissional responsável como indispensáveis ao acompanhamento, avaliação e controle do tratamento;

**VI.** Taxa de uso de equipamento durante a hospitalização.

**Artigo 114° –** Cobertura total das despesas de honorários médicos durante a internação, se o atendimento for efetuado por profissionais credenciados.

**Artigo 115° –** É garantida a cobertura assistencial neste PLANO ESPECIAL ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, ou de seu Dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, desde que o evento tenha sido coberto pelo PLANO ESPECIAL ou desde que o Titular tenha cumprido a carência para atendimento obstétrico.

**• Carências**

**Artigo 116° –** Os prazos de carência, a contar a partir da data de adesão no PLANO ESPECIAL, estabelecidos para a utilização de serviços médico-hospitalares nas situações não previstas no Artigo 117°, são os seguintes:

| PERÍODO DE CARÊNCIA | COBERTURA |
|---|---|
| **24 horas** | EMERGÊNCIA, conforme parágrafo primeiro do Artigo 109° |
| **24 horas** | URGÊNCIA, até a cobertura descrita no parágrafo segundo do Artigo 109° |
| **30 dias** | Consultas, conforme Artigo 105° |
| **60 dias** | Exames simples, assim considerados aqueles exames cujo valor unitário seja inferior ao limite definido pela OPERADORA, conforme Artigo 105° |
| **90 dias** | Exames especiais, assim considerados aqueles exames cujo valor unitário seja superior ao limite definido pela OPERADORA, conforme Artigo 105° |
| **180 dias** | Procedimentos especiais previstos no Artigo 107°, atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas, previstos nos Artigos 108° e 113° |
| **300 dias** | Parto a termo |

**Artigo 117° –** Não estarão sujeitos às carências descritas anteriormente:

**I.** No ato da inscrição, o recém-nascido filho natural ou adotivo, do Titular, na qualidade de Dependente Direto, desde que o Titular inscreva o Dependente dentro de 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento ou adoção, comprovados pelos respectivos documentos legais;

**II.** No ato da inscrição, como Agregado, o recém-nascido neto de Titular, desde que observadas as seguintes condições:

**a)** Que o pai ou mãe sejam USUÁRIOS do PLANO ESPECIAL com as respectivas carências já cumpridas;

**b)** Que o Titular não esteja cumprindo prazo de carência e que inscreva o Agregado dentro de 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento, comprovados pelos respectivos documentos legais.

**III.** Os empregados da CHESF e FACHESF, recém-contratados, que sejam participantes da Fundação, bem como seus dependentes com PAP, desde que a adesão seja realizada até o 30º dia contado a partir da data de contratação.

**Artigo 118° –** Na mudança de categoria de usuário dentro do mesmo Plano, os usuários herdarão o tempo de carência já cumprida, para usufruir os benefícios.

**Artigo 119° –** Na inscrição como Dependente Direto, o filho adotivo do Titular menor de 12 (doze) anos de idade aproveitará os períodos de carência já cumpridos pelo Titular.

**Artigo 120° –** O USUÁRIO que tenha solicitado sua exclusão e/ou de seus dependentes e quiser retornar antes de completar 90 (noventa) dias a contar da data de exclusão, terá que cumprir um período de carência equivalente ao dobro do tempo em que esteve afastado do PLANO ESPECIAL.

**Artigo 121° –** Os tratamentos, dentro dos limites do PLANO ESPECIAL, decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência deste Regulamento e cumprida a carência de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, estarão isentos, quando houver, das demais carências.

**Artigo 122° –** Cabe ao Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE o estabelecimento, ou não, de prazos de carência na adesão de USUÁRIOS em quaisquer circunstâncias não previstas neste Regulamento.

## Capítulo XIV - DAS DESPESAS NÃO COBERTAS

**Artigo 123° –** O PLANO ESPECIAL não prevê as coberturas para:

**I.** Internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental não reconhecido na prática médica;

**II.** Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, cirurgia plástica, excetuando-se as cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, sequelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e malformações congênitas;

**III.** Procedimentos destinados à inseminação artificial ou fertilização *in vitro*, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências;

**IV.** Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

**V.** Medicamentos importados não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental oficial;

**VI.** Medicamentos e materiais prescritos para tratamento domiciliar;

**VII.** Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

**VIII.** Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou ainda cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica segundo o CFM (Conselho Federal de Medicina), ou não reconhecidos pelas autoridades competentes na ocasião do evento;

**IX.** Enfermagem particular, em residência ou não, mesmo que o caso exija cuidados especiais, bem como consulta e atendimento domiciliar, mesmo que em caráter de emergência;

**X.** Eventos oriundos de acidente de trabalho e doenças profissionais que legalmente sejam de responsabilidade do empregador e não estejam previstos em Sub-Programa específico;

**XI.** Expedição de laudos, pareceres, atestados e certidões, para fins privativos ou oficiais;

**XII.** Internação hospitalar para fins de repouso ou de assistência em caráter social e estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo que por indicação médica;

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

**XIV.** Internações, tratamentos, exames em geral e intervenções cirúrgicas motivadas por lesões resultantes de envenenamento de caráter coletivo, qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população e por prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada;

**XV.** Qualquer procedimento médico no caso de transplante e/ou implante de órgãos, inclusive despesas com o doador, mesmo que realizados com internação, exceto para os transplantes de rim e córnea, ou definidos por lei;

**XVI.** Imunoterapia, inclusive tratamento de vacinas, bem como suas consequências, salvo os casos de internação;

**XVII.** Tratamento odontológico/ortodôntico clínico ou cirúrgico, inclusive exames ou qualquer outro procedimento que vise tal objetivo;

**XVIII.** Despesas consideradas extraordinárias, tais como: aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, lavagem de roupa, refeições extras;

**XIX.** Intervenções cirúrgicas, internações, tratamentos e exames em geral, motivados por competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

**XX.** Tratamento de varizes superficiais de membros inferiores com injeções esclerosantes;

**XXI.** Internação hospitalar para fins de repouso ou de reabilitação em geral;

**XXII.** Aborto ou interrupção de gravidez, quando provocados deliberadamente;

**XXIII.** Confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de função tais como: colchões, cadeiras, óculos, lentes oculares, aparelhos para surdez;

**XXIV.** Remoção para tratamentos clínicos ou cirúrgicos ou procedimentos diagnósticos não cobertos pelo PLANO ESPECIAL e remoções por via diferente da terrestre;

**XXV.** Imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;

**XXVI.** Fisioterapia domiciliar;

**XXVII.** Todos os demais casos não previstos no Capítulo XIII deste Regulamento.

## Capítulo XV - DO REEMBOLSO

**Artigo 124° -** Reembolso é a indenização paga ao USUÁRIO Titular quando da sua utilização, ou de seu Dependente, de serviços em instituições e/ou de profissionais não credenciados, com as devidas restrições do PLANO ESPECIAL, observando-se que são reembolsadas as despesas decorrentes de eventos que se enquadram nas coberturas e carências específicas descritas no Capítulo XIII deste Regulamento, conforme a opção de cobertura do USUÁRIO Titular. Será considerada para fins de verificação das carências dos direitos ao reembolso a data do atendimento.

**Artigo 125° -** Caso o Dependente seja também empregado de uma das Patrocinadoras, o mesmo só receberá qualquer reembolso na condição de Titular, não se acumulando o reembolso da despesa.

**Artigo 126° -** Os pedidos de reembolso somente serão aceitos mediante declaração do Hospital mencionando o período de internação nos casos de atendimentos realizados em instituição não credenciada. No caso de procedimentos não cobertos por Plano concorrente, deverá ser apresentada declaração do Plano explicitando os procedimentos e valores cobertos e os não cobertos.

**Artigo 127° -** Os pedidos de reembolso deverão ser solicitados à OPERADORA no prazo de até 60 dias corridos a contar da data da solicitação médica, enviando-se os comprovantes descritos no Artigo 129º, conforme o caso. Nos casos de urgência/emergência, o beneficiário terá o prazo de 01 ano para solicitar o reembolso, a contar da data do atendimento.

**Artigo 128° –** As solicitações de reembolso terão o respectivo crédito efetuado em conta-corrente do Titular até 30 (trinta) dias após a entrega à OPERADORA da documentação completa, descrita no Artigo 129º, conforme o caso.

**Artigo 129° –** A documentação necessária ao reembolso deve ser apresentada pelo USUÁRIO conforme o caso, podendo a Fachesf solicitar documentos adicionais que sejam necessários à autorização do reembolso.

*Parágrafo Primeiro* – Quando o serviço for prestado por Pessoa Física:

**a)** Recibo contendo nome do Titular e discriminando o Dependente quando for este quem utilizou os serviços;
**b)** Nome legível do profissional;
**c)** CPF e número do Conselho Regional de Classe do Profissional;
**d)** Discriminação detalhada dos serviços realizados, contendo quantidades e datas;
**e)** Assinatura do Profissional;
**f)** Data de quitação.

*Parágrafo Segundo* – Quando o serviço for prestado por Pessoa Jurídica:

**a)** Nota Fiscal em nome do Titular;
**b)** Recibo em nome do Titular, este podendo ser substituído pelo carimbo de quitação na nota fiscal, devidamente datado e assinado;
**c)** Sendo a entidade isenta da emissão da nota fiscal, deverá ser apresentado recibo com documento comprobatório da devida isenção.

*Parágrafo Terceiro* – O recibo e nota fiscal deverão conter identificação do Dependente, quando a despesa for realizada pelo mesmo, e discriminação detalhada dos serviços realizados, contendo quantidades e datas.

**Artigo 130° –** Os valores dos reembolsos deverão ser calculados com base nas Tabelas de Honorários Médicos e de Serviços Hospitalares adotadas pela OPERADORA.

**Artigo 131° –** Toda e qualquer solicitação de reembolso está sujeita à auditoria médica.

## Capítulo XVI – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**• Perda ou Extravio da carteira**

**Artigo 132° –** Ocorrendo perda ou extravio da carteira de identificação, o USUÁRIO Titular é obrigado a comunicar o fato por escrito à OPERADORA, de imediato, respondendo sob todos os aspectos perante a OPERADORA pelo seu uso indevido. O USUÁRIO Titular será responsável direto pelos débitos gerados por tal uso e autoriza a OPERADORA, desde já, a lançar estes débitos via folha de pagamento ou cobrança bancária.

**• Erro ou imperícia profissional**

**Artigo 133° –** Não caberá responsabilidade alguma à OPERADORA por imperícia, erro ou omissão dos profissionais, cirurgiões, médicos, enfermeiros e demais pessoas que, direta ou indiretamente, participem do tratamento e/ou intervenção cirúrgica, inclusive quaisquer funcionários do estabelecimento hospitalar credenciado ou não, designado ou escolhido.

**• Verificação de saúde e do tratamento**

**Artigo 134° –** A OPERADORA terá, em todos os casos e a qualquer tempo, o direito de verificar, por intermédio de médico de sua confiança, as condições de saúde do USUÁRIO Titular, Dependente ou Agregado, bem como acompanhar a realização da intervenção cirúrgica e do tratamento pós-operatório.

**• Concorrência de Planos**

**Artigo 135° –** Qualquer outro Plano que o USUÁRIO Titular, Dependente ou Agregado tenha nesta OPERADORA ou na respectiva Patrocinadora, ou ainda através de outros serviços de Medicina Supletiva do País que cubra todos ou alguns eventos cobertos por este PLANO ESPECIAL,

será considerado concorrente com este, respondendo cada um pelas despesas cobertas, na proporção dos seus limites de indenização.

**• Vigência e Renovação da Inscrição de Participante**

**Artigo 136° –** O prazo de vigência da Inscrição de Participante é de 12 (doze) meses contados da data de adesão ao PLANO ESPECIAL definida no Artigo 79°, renovável automaticamente por igual período, caso não haja manifestação em contrário expressa, por escrito, por parte do beneficiário.

**• Sub-rogação de direitos**

**Artigo 137° –** Efetuado o reembolso, a OPERADORA ficará sub-rogada, até o limite reembolsado, em todos os direitos e ações do PLANO ESPECIAL, contra aqueles que, por ato, fato, ou omissão, tenham dado causa aos tratamentos cobertos, sendo o USUÁRIO Titular obrigado a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação.

**Artigo 138° –** Em caso de eventos ocorridos com USUÁRIOS do FACHESF-SAÚDE cuja responsabilidade civil é de terceiros, a OPERADORA poderá acionar os meios legais em nome do USUÁRIO e obter o ressarcimento das despesas incorridas no evento.

**• Documento e Prova do Plano**

**Artigo 139° –** São considerados documentos do PLANO ESPECIAL a proposta de adesão, o Regulamento e seus aditivos e o Plano Anual de Custeio.

**• Prestação de serviços por convênios**

**Artigo 140° –** A OPERADORA poderá utilizar, em casos especiais e previamente autorizados pela sua Diretoria, a rede credenciada para o PLANO ESPECIAL no atendimento de convênios, sendo

contudo as despesas decorrentes, inclusive as relativas ao processo administrativo, prévia e formalmente definidas em sua forma de contabilização e liquidação por fontes externas.

*Parágrafo Primeiro* - Incluem-se de imediato nesta alternativa as despesas decorrentes de serviços utilizados pela Medicina Ocupacional da CHESF, da FACHESF, ou de OUTRAS PATROCINADORAS como exames admissionais, periódicos ou demissionais, além de internações e tratamentos decorrentes de doença ocupacional ou acidente do trabalho.

*Parágrafo Segundo* - Neste contexto prevê-se também a hipótese de contratos ou convênios de bilateralidade na prestação de atendimento médico-hospitalar entre a CHESF, a FACHESF, ou OUTRAS PATROCINADORAS, com empresas similares ou congêneres de outros municípios ou estados.

**• Alteração do Regulamento**

**Artigo 141° -** Nenhuma alteração neste Regulamento terá validade se não for feita por escrito, com a concordância da OPERADORA e do Conselho Deliberativo do FACHESF-SAÚDE, conforme Artigo 47° deste Regulamento.

**• Omissão ou situação não prevista**

**Artigo 142° -** Toda e qualquer omissão ou situação não prevista por este Regulamento será analisada e objeto de decisão da Diretoria Executiva da OPERADORA.

# ANEXO I

- **Tabela de categorias de usuário do Plano Especial**

*Titulares*

| DESCRIÇÃO |
|---|
| Participante Empregado da CHESF |
| Participante Empregado da FACHESF |
| Empregado de OUTRAS PATROCINADORAS |
| Participante Suplementado/Pensionista da FACHESF |
| Participante Ex-empregado da CHESF/FACHESF/ OUTRAS PATROCINADORAS |
| Empregado da CHESF não participante(*) |
| Empregado da FACHESF não participante (*) |
| Ex-empregado da CHESF/FACHESF não participante (*) |
| Concessão Especial para USUÁRIOS conforme descriminados no Art. 35° deste Regulamento (*) |

*Dependentes diretos de titulares participantes da Fachesf*

| DESCRIÇÃO |
|---|
| De Participante Empregado da CHESF - com PAP |
| De Participante Empregado da CHESF - sem PAP |
| De Participante Empregado da FACHESF |
| De Empregado de OUTRAS PATROCINADORAS |
| De Participante Suplementado/Pensionista da FACHESF |
| De Ex-empregado da CHESF/FACHESF/ OUTRAS PATROCINADORAS |
| De Empregado da CHESF - com PAP não participante (*) |
| De Empregado da CHESF - sem PAP não participante (*) |
| De Empregado da FACHESF não participante (*) |
| Concessão Especial para USUÁRIOS conforme descriminados no Art. 35° deste Regulamento (*) |

*Dependentes agregados*

| DESCRIÇÃO |
|---|
| De Participante Empregado da CHESF - com PAP |
| De Participante Empregado da CHESF - sem PAP |
| De Participante Empregado da FACHESF |
| De Participante Suplementado/Pensionista da FACHESF |
| De Ex-empregado da CHESF/FACHESF/ OUTRAS PATROCINADORAS |
| De Empregado da CHESF - com PAP não participante (*) |
| De Empregado da FACHESF não participante (*) |
| Concessão Especial para USUÁRIOS conforme descriminados no Art. 35° deste Regulamento (*) |

(*) categorias com adesões encerradas em 01/07/1998, por não serem Participantes da FACHESF

## ANEXO II

- **Faixas etárias do Plano Especial**

| FACHESF SAÚDE ESPECIAL | | |
|---|---|---|
| **FAIXA ETÁRIA** | **VALOR DA MENSALIDADE** | **(%) VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA** |
| **0 a 18 anos** | R$ (-) | - |
| **19 a 23 anos** | R$ (-) | 10,00% |
| **24 a 28 anos** | R$ (-) | 18,00% |
| **29 a 33 anos** | R$ (-) | 20,00% |
| **34 a 38 anos** | R$ (-) | 26,00% |
| **39 a 43 anos** | R$ (-) | 26,00% |
| **44 a 48 anos** | R$ (-) | 20,00% |
| **49 a 53 anos** | R$ (-) | 20,00% |
| **54 a 58 anos** | R$ (-) | 20,00% |
| **59 anos ou mais** | R$ (-) | 40,00% |

Fachesf

Aprovado em **agosto/2010**
Reimpressão: **março/2017**