

Guia Fachesf-Saúde: Perguntas & Respostas

Apresentação

Caro beneficiário,

O guia *Fachesf-Saúde: Perguntas & Respostas* foi produzido para tirar as principais dúvidas sobre os planos administrados pela Fachesf (Padrão, Básico, Especial e Mais). Nas páginas a seguir, você encontrará, em linguagem clara e objetiva, esclarecimentos sobre rede credenciada, cirurgias, coberturas e acomodações, pagamento de mensalidades, reembolsos, internamentos, programas assistenciais e diversos outros. Nosso objetivo é deixá-lo cada vez mais bem informado sobre seus direitos e benefícios como usuário de um dos nossos planos. Caso ainda assim tenha alguma dúvida, entre em contato conosco pelo 0800.281.7533 ou faleconosco@fachesf.com.br. Estamos sempre à disposição para lhe atender.

Boa leitura.

Conceitos Gerais

1. Acabei de efetuar minha adesão e a de meus dependentes ao Fachesf-Saúde. Quando receberei as carteiras e poderei utilizar os serviços do plano?

As adesões ao Fachesf-Saúde são efetivadas somente no dia 1 do mês posterior à assinatura da proposta. A partir dessa data, as carteiras devem ser retiradas pelo titular diretamente na Fachesf ou Agência da Fundação em que foi feita a adesão. Na ocasião serão entregues carteiras ainda provisórias, de forma a viabilizar o atendimento de urgência e emergência, cuja carência é de 24 horas após a adesão. Após o cumprimento de todas as carências previstas no regulamento, o titular recebe a carteira definitiva e passa a ter o direito ao atendimento na rede de saúde credenciada do plano.

2. Realizarei um atendimento na rede credenciada. Que documentos devo apresentar?

Para a realização de atendimentos na rede credenciada, seja qual for, é necessário apresentar a carteira do plano de saúde do qual faz parte e documento de identificação (identidade ou carteira de motorista).

3. O que devo fazer em caso de roubo ou perda da carteira do Fachesf-Saúde?

O beneficiário deve procurar a Central de Relacionamento ou Agência da Fachesf mais próxima e solicitar a emissão da segunda via da carteira, mediante pagamento de taxa correspondente (nos casos de roubo, ao apresentar o boletim de ocorrência, o beneficiário ficará isento da cobrança).

4. O que é coparticipação e em que momento devo pagá-la?

A coparticipação é um valor descontado do beneficiário após a realização do atendimento e ocorre em duas situações: nos atendimentos de urgência/emergência (prevista nos planos Básico, Padrão e Especial) e nos casos de realização de procedimentos ambulatoriais (exclusivamente no Fachesf-Saúde Especial). A coparticipação é calculada pelo atuário dos planos e aprovada pelo Conselho Deliberativo do Fachesf-Saúde.

Seu valor é reavaliado anualmente com a mensalidade do plano e possui um limite de desconto, conforme previsto no regulamento.

5. Caso seja internado após um atendimento de urgência ou emergência, devo pagar a coparticipação?

Não há cobrança de coparticipação quando a urgência evolui para internamento.

6. Tenho uma parcela de mensalidade/coparticipação Fachesf-Saúde em aberto, mas não possuo o boleto bancário. Como devo proceder para realizar o pagamento desse débito?

O beneficiário deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento ou Agência da Fachesf mais próxima e solicitar a segunda via do boleto (para débitos vencidos até 90 dias) ou os dados bancários da Fundação para pagamento por meio de depósito identificado (para débitos vencidos há mais de 90 dias).

Outra opção é acessar a área restrita do site da Fachesf e emitir uma segunda via até 90 dias após a data de vencimento.

7. Percebi que, neste mês, a mensalidade do Fachesf-Saúde não foi descontada em meu contracheque. O que devo fazer?

Nos casos em que não é possível o desconto da mensalidade no contracheque, devido ao limite de comprometimento salarial permitido legalmente, a Fachesf envia um boleto bancário para o endereço cadastrado pelo beneficiário. O vencimento do boleto será no dia 15 do mês subsequente ao mês de competência da

mensalidade. Caso o titular não receba o documento até a data anterior ao vencimento, deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento da Fachesf, procurar a Agência da Fundação mais próxima ou emitir uma segunda via pela área restrita do site da Fachesf até 90 dias após a data do vencimento.

8. A mensalidade do meu Fachesf-Saúde está atrasada. Terei direito a usar o plano ainda assim?

Conforme regulamento do Fachesf-Saúde, o direito de uso do plano é suspenso após 60 dias do vencimento da mensalidade em atraso, sendo restabelecido imediatamente a partir do pagamento. É importante ressaltar que o pagamento dos procedimentos ocorridos entre a data do vencimento e a efetiva quitação do débito será de responsabilidade do beneficiário, uma vez que o plano fica desobrigado de cobertura durante esse período.

9. Que encargos são cobrados no pagamento de uma mensalidade/coparticipação do Fachesf-Saúde em atraso?

Após a data de vencimento, incidirá sobre o valor da mensalidade e coparticipação juros de mora de 0,033% ao dia, relativos ao período em atraso, além de multa de 1% (um por cento).

10. Em que situações a mensalidade do plano é reajustada?

Existem dois tipos de reajuste previstos em regulamento:

- **Anual** - ocorre no mês de março e é calculado com base na utilização e evolução dos custos dos serviços médicos e/ou hospitalares do ano anterior, segundo avaliação atuarial do plano. Sua aprovação depende do aval do Conselho Deliberativo do Fachesf-Saúde e segue a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- **Por mudança de faixa etária** - é aplicado quando o beneficiário ultrapassa a idade limite das faixas etárias, conforme estabelecido pela ANS (ver tabela a seguir).

Faixa Etária

0 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 anos ou +

11. Ao me desligar da Patrocinadora Chesf/Fachesf, automaticamente estarei desligada do plano Fachesf-Saúde? Caso a exclusão não seja automática, o que devo fazer para solicitar o cancelamento do plano?

A exclusão não é automática. Para cancelar o Fachesf-Saúde é necessário que o titular do plano compareça à Fundação ou Agência mais próxima e formalize sua saída do plano.

12. Um de meus dependentes no Fachesf-Saúde faleceu. Porém, eu esqueci de solicitar sua exclusão do plano e as mensalidades dele continuam sendo pagas. Terei direito ao ressarcimento desses valores?

Para excluir o dependente falecido do plano, o titular deve procurar a Fachesf e apresentar, na ocasião, o atestado de óbito. Os valores que tiverem sido pagos após o mês do falecimento serão ressarcidos por meio de depósito em conta corrente.

13. Um de meus dependentes completou 14 anos. Por que devo informar à Fachesf o número do CPF dele?

Segundo exigência da Receita Federal, todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a declarar anualmente os

valores de despesas médicas, mensalidades e reembolsos dos seus usuários titulares e dependentes a partir de 14 anos. Além disso, a ANS também exige a informação do CPF. Para isso, é necessário que os beneficiários informem esse dado à Fundação.

14. Caso solicite transferência de uma modalidade do plano para outra, terei de cumprir algum tipo de carência? Quais?

Existem três tipos possíveis de situações:

1. O beneficiário já cumpriu a carência no seu plano de origem e solicita transferência para uma modalidade de maior cobertura. Nesse caso, valem as seguintes carências:

Do Básico para o Padrão:

- 180 dias referente à diferença de acomodação (de quarto coletivo para apartamento)

Do Básico para o Especial:

- 180 dias referente à diferença de acomodação (de quarto coletivo para apartamento)

- 30 dias para consultas

- 60 dias para exames simples

- 90 dias para exames especiais

Do Padrão para o Especial:

- 30 dias para consultas

- 60 dias para exames simples

- 90 dias para exames especiais

2. O beneficiário ainda está cumprindo a carência do plano de origem e solicita transferência para um plano de maior cobertura. Nesse caso, ele deverá cumprir as carências complementares (para internamento e/ou parto), além das carências das coberturas adicionais, conforme detalhado na situação acima.

3. O beneficiário ainda está cumprindo a carência no plano de origem e solicita transferência para um plano de menor cobertura. Nesse caso, o beneficiário deverá cumprir apenas as carências complementares (para internamento e/ou parto).

15. O que seriam essas carências complementares? O que falta para completar a carência original?

A carência complementar refere-se ao tempo que falta para completar as carências que o beneficiário começou a cumprir no plano de origem.

Coberturas e acomodações

16. Sou beneficiário do Fachesf-Saúde Básico e serei internado para um procedimento cirúrgico. Posso usar um hospital que não faz parte da rede básica?

Não. Cada plano de saúde tem uma rede credenciada específica para atendimento aos seus beneficiários. O ideal é que o usuário migre para uma modalidade mais adequada a suas necessidades. Mas, caso seja de sua vontade pagar a diferença de acomodação, a Fachesf não interferirá na negociação dos custos adicionais realizados entre beneficiário e credenciado.

17. Sou beneficiário do Fachesf-Saúde. Caso seja internado, terei direito a um acompanhante?

Sim, de acordo com o regulamento de cada plano, conforme abaixo detalhado:

- Fachesf-Saúde Básico (acomodação em enfermaria) – Têm direito a um acompanhante apenas os pacientes acima de 60 anos de idade, menores de 18 anos ou pessoas com deficiência de qualquer idade.

- Fachesf-Saúde Padrão e Fachesf-Saúde Especial (acomodação em apartamento) – Pacientes de qualquer idade têm direito a um acompanhante.

18. A pessoa que me acompanha tem direito à refeição?

No caso de pacientes acima de 60 anos, menores de 18 anos de idade e pessoas com deficiência de qualquer idade, o acompanhante tem direito a café da manhã, almoço e jantar, além de poder pernoitar no local da internação, independente do plano que faça parte.

Pacientes das demais idades (acima de 18 anos até 60 anos) que sejam usuários do Fachesf-Saúde Básico (acomodação em enfermaria) não terão direito à acompanhante, consequentemente não haverá refeição para eles. Os acompanhantes dos usuários do Fachesf-Saúde Padrão e Especial (acomodação em apartamento) terão a cobertura de café da manhã.

19. Estou gestante. O plano me oferece alguma condição diferenciada de cobertura?

Sim. Além da cobertura regular do Fachesf-Saúde, são oferecidos, livres da coparticipação, procedimentos de pré-natal, assistência ao parto e puerpério (pós-parto imediato por 48 horas).

No caso do pré-natal, ao confirmar a gravidez, a gestante (titular ou dependente de qualquer modalidade do Fachesf-Saúde) deve procurar a Central de Relacionamentos da Fachesf e realizar seu cadastro para ter direito aos exames durante o período da gestação. Para isso, deve apresentar a seguinte documentação:

- Declaração do médico obstetra com indicação da quantidade de semanas em que se encontra a gestação e o prazo previsto para o parto;
- Resultado de exame que comprove a gravidez.

20. Vou viajar e, na localidade de destino, não tem rede credenciada da Fachesf. Como devo proceder caso precise de atendimento?

Antes de viajar é importante que o beneficiário entre em contato com a Central de Relacionamento para saber sobre os convênios que atendem as localidades onde não existe rede da Fachesf, assim como sobre as regras de reembolso para urgência e emergência (ver regulamento).

Internamentos, cirurgias e OPME

21. Vou realizar uma cirurgia e meu médico solicitou alguns exames pré-operatórios. Devo ir à Fachesf solicitar a autorização dos procedimentos?

Não. Ainda no consultório do seu médico, observe se a solicitação foi preenchida corretamente, de modo que fique claro tratar de exames pré-operatórios. De posse da solicitação, vá ao laboratório ou clínica credenciada do seu Plano e apresente a guia. Cabe ao credenciado entrar em contato com a Fachesf e solicitar a autorização dos procedimentos.

22. O que significa OPME?

OPME é a sigla empregada para designar Órteses, Próteses e Materiais Especiais. Órteses são dispositivos permanentes ou transitórios utilizados para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, de modo a evitar deformidades ou sua progressão e/ou compensar insuficiências funcionais (Ex: Muletas, placas e parafusos corretivos). Próteses são dispositivos permanentes ou transitórios que substituem total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (Ex: Stent coronário e prótese de joelho). Já os Materiais Especiais são

itens descartáveis usados em cirurgias como cânulas, grampeadores etc.

23. A Fachesf cobre todos os tipos de OPME?

A cobertura é obrigatória para próteses ou órteses que necessitem de cirurgia para serem implantados ou retirados. Já as que não necessitam de ato cirúrgico, tais como óculos, coletes ortopédicos e próteses de substituição de membros, não são cobertas pelo plano. No caso dos materiais especiais, o Fachesf-Saúde garante a cobertura desde que os itens sejam registrados na Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), tenham indicação de uso para o procedimento solicitado e existam evidências de cura ou resultado positivo no tratamento da patologia. O procedimento deve constar no rol de procedimentos da ANS.

24. O Fachesf-Saúde dá direito à cobertura de materiais especiais importados?

Sim, desde que devidamente registrados na Anvisa.

25. Qual o prazo para autorização do material especial que será utilizado no meu procedimento cirúrgico?

Em casos de procedimento eletivo (cirurgia agendada previamente), o material é liberado

pela Fachesf conforme prazo determinado pela ANS (21 dias corridos) a partir do recebimento da solicitação do hospital.

Para procedimentos de urgência, o credenciado é orientado a utilizar os materiais imediatamente, sem aguardar autorização prévia da Fundação.

26. Há algum critério para autorização de Material Especial?

Ao receber a solicitação do credenciado, uma equipe médica da Fachesf analisa o pedido e realiza os trâmites burocráticos para devolver as autorizações ao hospital dentro do prazo acima especificado (21 dias corridos). Caso a documentação solicitada não esteja completa ou de acordo com as determinações da ANS, a Fachesf devolve o pedido ao hospital para que a solicitação seja feita da forma devida. Vale lembrar que o material deve ser registrado na Anvisa e ter evidências de cura ou resultado positivo no tratamento da patologia.

27. Meu dentista solicitou extração de dente incluso por meio de internação hospitalar. O Fachesf-Saúde tem cobertura para esse tipo de procedimento?

Não, pois o Fachesf-Saúde, independentemente da modalidade, não oferece cobertura odontológica.

Entretanto, em casos específicos em que um dentista solicite autorização para procedimento odontológico com internamento em hospital – mediante laudo médico que comprove a impossibilidade de realização em consultório – o plano oferecerá cobertura da parte hospitalar, incluindo exames complementares, medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e assistência de enfermagem utilizados durante o período de internação. Já os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos não estão inclusos na cobertura do plano.

28. Como devo proceder para o pagamento das despesas dos honorários do cirurgião-dentista e dos materiais odontológicos utilizados na execução desses procedimentos?

O beneficiário deve realizar o pagamento diretamente ao cirurgião-dentista. Em se tratando de empregado Chesf e seus dependentes no PAP, os honorários e materiais odontológicos serão cobertos pelo Plano de Assistência Patronal.

29. Vou realizar uma facectomia (cirurgia de catarata) e meu médico disse que precisarei de uma lente intraocular. Meu plano dá direito a essa lente?

Sim. A lente intraocular é autorizada pelo Fachesf-Saúde, de acordo com a necessidade do paciente no que concerne a solucionar o problema da catarata. Mas se o beneficiário desejar melhorias em outras patologias (astigmatismo, miopia, entre outras) não cobertas pelo plano, ele pode adquirir diretamente do credenciado, assumindo o pagamento do valor da diferença.

Remoção de ambulância

30. O Fachesf-Saúde tem cobertura para remoções de ambulância?

Sim, para pacientes internados, conforme seguintes casos:

- Do hospital para a residência do paciente;
- Do hospital para outras unidades médicas para fins de realização de exames e procedimentos;
- De hospital para hospital por motivo de transferência.

Em todos os casos acima, o médico assistente do beneficiário deve elaborar um laudo atestando a necessidade da remoção e encaminhar a solicitação ao médico auditor da Fachesf que atua no hospital em que o paciente

está internado (se houver) ou diretamente para o Núcleo de Regulação da Fundação para fins de avaliação.

Quando a remoção for de hospital para residência, a solicitação de autorização ao Núcleo de Regulação da Fachesf deve ser realizada em dias úteis e horário comercial. Para a transferência de hospitais ou deslocamento de pacientes para procedimentos e exames em outras unidades médicas (hospitais ou clínicas), a remoção só será realizada caso o hospital em que o beneficiário está internado não possua tratamento especializado para a patologia ou os equipamentos necessários.

Para que ocorra a transferência hospitalar, é exigido o consentimento do beneficiário ou seu responsável legal. Além disso, é necessário que o médico assistente informe no laudo o motivo da transferência e o hospital de destino, constando a hora e a data previstas para a remoção.

31. O Fachesf-Saúde oferece cobertura para remoção em UTI aérea?

Não. O regulamento do Fachesf-Saúde, em acordo com a cobertura da ANS, contempla apenas a remoção por via terrestre.

32. Se eu me acidentar em via pública, como será realizada minha remoção para o hospital mais próximo?

Nesses casos, vale o mesmo para todos os cidadãos: buscar os órgãos competentes, como Samu ou Corpo de Bombeiros, que são habilitados para esse tipo de atendimento.

Reembolsos

33. Como é realizado o sistema de reembolsos para procedimentos realizados fora da rede credenciada?

No caso das despesas médicas realizadas em instituições e/ou profissionais não credenciados da Fachesf, o titular terá direito ao reembolso, que será calculado com base nas tabelas de honorários médicos e de serviços hospitalares adotadas pela Fundação. É importante ressaltar que somente serão reembolsados os eventos que se enquadram nas coberturas do Plano contratado (Básico, Padrão, Especial ou Mais). Também devem ser observadas as exigências de carência, prazos e documentações previstas nos respectivos regulamentos.

34. A Fachesf reembolsa os serviços do instrumentador durante procedimentos cirúrgicos?

Os serviços de instrumentador cirúrgico, quando solicitados pelo médico, são reembolsados pelos planos Fachesf-Saúde, sendo calculado o reembolso de acordo com a tabela de preços (CBHPM) praticada com a rede credenciada da Fundação.

Programas Assistenciais

35. A Fachesf tem programas assistenciais de promoção e prevenção à saúde? Quais são eles?

Sim, o Programa De Bem com a Vida, o Programa de Oncologia e o Programa de Atenção Domiciliar.

36. O que é o Programa De Bem com a Vida?

É um programa de assistência específica para atender beneficiários do Fachesf-Saúde que sejam diabéticos e hipertensos. Seu objetivo é promover ações preventivas de saúde e proporcionar mais qualidade de vida para os pacientes, reduzindo-lhes complicações e

possíveis internamentos decorrentes dessas patologias.

37. Quem pode fazer parte do programa De Bem com a Vida?

Para participar do De Bem com a Vida é preciso ser beneficiário do Fachesf-Saúde (exceção apenas para empregados da Chesf e seus dependentes), ser portador simultâneo de hipertensão e diabetes e receber acompanhamento de cardiologista e endocrinologista da Fachesf nos ambulatórios do Paissandu e Paulo Afonso, que identificam os pacientes em potencial e encaminham-nos para a coordenação do Programa. Ao surgir vaga disponível, esses beneficiários são convidados a ingressarem nas atividades.

38. Quais os benefícios em fazer parte desse Programa?

Os beneficiários participantes do programa são acompanhados por uma equipe multidisciplinar, voltada para os cuidados com a saúde. A equipe é composta por cardiologista, endocrinologista, enfermeira, técnicos de enfermagem, nutricionista e educador físico. O Programa fornece gratuitamente para seus beneficiários algumas medicações que ajudam no controle dos níveis da glicose sanguínea, da hipertensão, do colesterol, triglicerídeos e para aqueles que possuem comprometimento das terminações nervosas. Exames laboratoriais e cardiológicos

também são ofertados e semanalmente são promovidas ações de relaxamento e movimentação corporal com o educador físico. Mensalmente há palestras de teor educativo, com esclarecimento de dúvidas e oficinas de saúde voltadas para o público.

39. Recentemente descobri que tenho câncer. Posso ser incluído no Programa de Oncologia da Fachesf?

O beneficiário deve procurar a Fachesf ou a Agência da Fundação mais próxima e solicitar seu cadastro mediante apresentação do resultado do exame histopatológico (biópsia) ou mielograma (para os casos de leucemia) e laudo do médico oncologista. O convite para participar do Programa também pode partir da própria equipe da Fachesf, que faz um levantamento periódico dos pacientes que estão em tratamento de quimioterapia e radioterapia e convida-os a conhecer vantagens a que eles podem ter acesso.

40. Quais as vantagens em fazer parte do Programa de Oncologia da Fachesf?

O beneficiário que faz parte do Programa tem direito a toda medicação quimioterápica oral prescrita pelo seu médico, bem como as medicações que servem para amenizar os efeitos colaterais do tratamento (desde que estejam em concordância com a ANS). Além

disso, o beneficiário tem cobertura de consultas com oncologista, exames e procedimentos para acompanhamento de sua patologia, livres de coparticipação, independentemente da modalidade do seu plano.

41. Sou cadastrado no Programa de Oncologia. Como devo proceder para realização do meu tratamento oncológico?

Os beneficiários inscritos no Programa devem apresentar à Fachesf as guias de consultas com o médico oncologista e/ou exames, que serão analisadas por um médico da Fundação. No caso das medicações quimioterápicas orais, faz-se necessária a apresentação da receita médica para que a Fachesf possa providenciar a aquisição da medicação.

42. Receberei toda a medicação quimioterápica suficiente para meu tratamento de uma única vez?

Não. A medicação é entregue ao paciente conforme a evolução do seu tratamento e as solicitações do médico oncologista que o acompanha. Para receber as drogas no tempo correto, o beneficiário deve informar à Fachesf sobre sua necessidade com uma margem de oito a dez dias antes do término da medicação.

43. O que é o Programa de Atenção Domiciliar da Fachesf?

O Programa de Atenção Domiciliar é um benefício concedido pelos planos Fachesf-Saúde e é caracterizado pela efetivação de todo e qualquer atendimento em domicílio (sejam eles mais complexos como internação, por exemplo, ou mais simples – administração de medicamentos intravenosos, curativos etc) realizado por profissionais que integram a equipe de saúde da empresa credenciada com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a mobilidade e a saúde das pessoas.

44. Quais são os critérios para fazer parte desse Programa?

Para atender aos critérios de adesão ao Programa de Atenção Domiciliar é necessário que o beneficiário:

- Esteja adimplente com a modalidade do plano Fachesf-Saúde que faz parte (Básico, Padrão, Especial e Mais).
- Esteja em internação hospitalar, com quadro clínico estável e em condições de internamento domiciliar.
- Seja autorizado pelo seu médico assistente a realizar a migração para a atenção domiciliar.
- Possua um cuidador hábil e disponível para receber o treinamento sobre os procedimentos que serão adotados em casa.

- Possua domicílio com estrutura adequada para a atenção domiciliar, cujo local seja considerado seguro para a equipe que irá lhe prestar assistência.

- Seja mentalmente hábil e aceite receber os serviços a serem prestados, ou, no caso de não apresentar sanidade mental para a tomada de decisão, tenha um cuidador ou familiar responsável que o faça.

- Aceite as condições propostas no formulário “Termo de Responsabilidade” (em caso de impossibilidade, a autorização deve ser assinada pelo seu responsável legal).

45. Sou idoso. Tenho direito a Home Care?

Ser idoso não é um pré-requisito para ter direito ao Programa de Atenção Domiciliar, que não limita faixas etárias para os pacientes. Existem pessoas idosas que precisam de cuidados especiais e ajuda de terceiros para a prática de higiene pessoal, administração de medicação via oral, mudança de posição na cama, alimentação etc, mas não estão associadas a uma patologia específica. Nesses casos, a família deve providenciar, por conta própria, um cuidador que assuma esse papel.

46. Pacientes com úlceras têm direito à assistência do Programa de Atenção Domiciliar?

O fato de ter indicação de curativo para úlcera, por si só não é um critério para ser enquadrado no Programa. Para receber esse tipo de assistência, o paciente deve estar acamado e, conseqüentemente, impossibilitado de realizar o procedimento ambulatorialmente. Para isso, o médico que o assiste deve solicitar a realização do curativo à Fachesf, que avaliará, caso a caso, as necessidades do beneficiário e possibilidade de inseri-lo no Programa.

Ficha técnica:

Textos | Central de Relacionamento (BCR) /
Gerência de Regulação de Planos de Saúde
(SGR) / Gerência de Planos de Saúde (SGP)

Edição e Revisão | Assessoria de Comunicação
Institucional - ACI

Diagramação | Corisco Design
Novembro / 2016



Fachesf

FUNDAÇÃO CHESF DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE SOCIAL