

Regulamento

Fatchesf
BÁSICO

saúde

Capítulo I - DAS DEFINIÇÕES

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

Artigo 1º - O PLANO FACHESF-SAÚDE BÁSICO, doravante denominado PLANO BÁSICO, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do Ministério da Saúde, sob o nº 436.220/01-9, 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 2º - 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 3º - CHESF corresponde à Companhia Hidro Elétrica do São Francisco - CHESF, na qualidade de Patrocinadora da Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

Artigo 4º - 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 5º - 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 6º - 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 7º - O PLANO BÁSICO tem por objeto assegurar a seus USUÁRIOS, definidos no Capítulo VI deste Regulamento, a assistência médico-hospitalar com cobertura obstétrica, nos termos do Capítulo XIII deste Regulamento, observadas as coberturas estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS.

Capítulo III - DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DURAÇÃO

Artigo 8º - A área geográfica de abrangência do PLANO BÁSICO 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 9º - O prazo de duração do PLANO BÁSICO é indeterminado.

Capítulo IV - DA OPERADORA

Artigo 10º - A operadora do PLANO BÁSICO 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 a Rua do Paissandu, N° 58, Boa Vista, CEP: 50.070-200, doravante denominada OPERADORA, legalmente investida dos poderes para estipulação e administração deste PLANO BÁSICO, nos termos do registro no 31.723-3, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do Ministério da Saúde.

Capítulo V - DOS CONCEITOS

Artigo 11º - 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 12º - Acomodação em Enfermaria - Entende-se como acomodação em padrão enfermaria, a internação em unidade hospitalar destinada a dois ou mais pacientes.

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

Artigo 14º - 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 comprovem.

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 enfermagem e/ou UTI (unidade de terapia intensiva), serviços gerais de enfermagem, alimentação do paciente e a diária do acompanhante, pernoite com café da manhã, quando houver.

Artigo 19° - Diária de Acompanhante - É a cobertura de despesas, quando houver, correspondentes ao pernoite e café da manhã do acompanhante de paciente menor de 18(dezoito) anos, maior de 65(sessenta e cinco) anos, e inválidos de qualquer idade.

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 BÁSICO.

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 BÁSICO.

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 BÁSICO - 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 BÁSICO, cujas adesões tenham sido deferidas pela OPERADORA.

Artigo 34° - Podem se inscrever na categoria de Titulares do PLANO BÁSICO:

- 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 BÁSICO, 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 - Os Titulares descritos no caput deste Artigo, só poderão inscrever como seus Dependentes, após a data de 30/06/1998, os Filhos(as), ou Enteados(as) e Cônjuge ou Companheiro(a).

Parágrafo Segundo - No caso de falecimento do Titular de que trata o caput deste Artigo, os respectivos Dependentes existentes poderão permanecer no PLANO BÁSICO, na categoria: Concessão Especial.

Parágrafo Terceiro - Na categoria Concessão Especial não poderá ser incluído nenhum tipo de Dependente no PLANO BÁSICO, 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), inclusive do mesmo sexo;
- b) Filhos e enteados, solteiros até 24 anos;
- c) Filhos e enteados, inválidos, de qualquer idade;

II. Agregados:

- a) Filhos e enteados, que perderem a condição de Dependente Direto;
- b) Tutelados(as);
- 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 BÁSICO.

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 BÁSICO, 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: 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 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) Documento de identidade do companheiro(a).

III) Filhos e enteados: certidão de nascimento ou carteira de identidade. IV) Filhos e enteados inválidos de qualquer idade:

IV) Filhos e enteados inválidos de qualquer idade:

- a)** atestado médico do INSS ou de outro Órgão Público competente, que comprove invalidez contendo diagnóstico, nome completo do médico emitente e número de seu CRM, ou ainda;
- b)** exame pericial a critério e por determinação da OPERADORA.

Parágrafo Segundo - Para inclusão de Agregados:

I. Filhos e enteados que perderam a condição de Dependente Direto: certidão de nascimento ou carteira de identidade (RG).

II. Tutelados, ou manutenção dessa condição, e sempre que requisitado, comprovar:

- a)** certidão de nascimento;
- b)** certidão do Poder Judiciário da tutela.

III. Pais: carteira de identidade destes e a certidão de nascimento ou carteira de identidade (RG) ou ainda a certidão de casamento do Titular.

IV. Padrasto e/ou madrasta:

- a)** a certidão de nascimento ou de casamento do Titular e; **b)** a certidão de casamento do(a) genitor(a).

V. Netos: a certidão de nascimento destes.

VI. Ex-cônjuge: a comprovação de se ter assegurado a obrigatoriedade judicial de cobertura assistencial neste PLANO BÁSICO de saúde. Para a exclusão de ex-cônjuge, como Agregado(a), por separação ou divórcio, é necessária a solicitação formal do Titular.

VII. Ex-companheiro(a), anteriormente elegível, por separação de fato: a comprovação de se ter assegurado a obrigatoriedade judicial de cobertura assistencial neste PLANO BÁSICO de saúde. Para a exclusão de ex-companheiro(a) previamente pertencente ao PLANO BÁSICO, como Agregado(a), por separação, é necessária a solicitação formal do Titular.

Artigo 40° - No caso de falecimento do USUÁRIO Titular do PLANO BÁSICO, 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 - Fatchesf, 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 BÁSICO.

Artigo 41° - Na impossibilidade de qualquer um dos Pensionistas assumir a Titularidade do PLANO BÁSICO, por não ter maioria 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 BÁSICO para sua utilização.

Artigo 42° - Podem permanecer vinculados ao PLANO BÁSICO, 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 BÁSICO 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 BÁSICO, 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 BÁSICO de acordo com este Regulamento;

Parágrafo Segundo - Representar ao Conselho Deliberativo e Fiscal do FACHESF-SAÚDE para formular reclamações/sugestões quanto ao funcionamento do PLANO BÁSICO.

Artigo 46° - São deveres dos USUÁRIOS do PLANO BÁSICO:

Parágrafo Primeiro - Cumprir, e fazer cumprir, por Titulares, seus Dependentes Diretos e Agregados inscritos no PLANO BÁSICO, 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 de ex-cônjuge.

• Conselho Deliberativo

Artigo 47º - 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 BÁSICO, no que diz respeito a:

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

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

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 BÁSICO.

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

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

VII. Aprovar alterações no Regulamento do PLANO BÁSICO.

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 BÁSICO, 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 BÁSICO 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 BÁSICO;

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

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.

Artigo 52° - O PLANO BÁSICO será custeado integralmente pelos USUÁRIOS, de acordo com a Tabela de Categorias de USUÁRIOS do PLANO BÁSICO, anexa a este Regulamento e parte integrante do mesmo, que contém os respectivos valores de contribuição por faixas etárias, definidas em conformidade com a Regulamentação da Saúde Supletiva em vigor.

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 BÁSICO.

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 BÁSICO, 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 BÁSICO poderão ser agrupadas, de acordo com a afinidade e/ou semelhança entre elas ou ainda participação das empresas no custeio do PLANO BÁSICO.

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 do limite mínimo definido 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 ao 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 BÁSICO, terão a sua contribuição e a de seus Dependentes iguais à dos suplementados da Fundação Chesf e Assistência e Seguridade Social - Fachesf.

Artigo 62° - O FACHESF-SAÚDE, representa uma reserva técnica 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.

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 BÁSICO, 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 BÁSICO poderá ter atualização mensal dos valores de contribuição para as novas adesões e ou inclusões, não implicando em 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 seu carnê ou a cobrança bancária até a data anterior à de vencimento, conforme Artigo 66o, 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 BÁSICO, 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 BENEFICIÁRIO Titular, Dependente Direto ou Agregado terá a sua contribuição alterada automaticamente de acordo com as faixas etárias/categorias definidas para o PLANO BÁSICO, 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.

Artigo 70° - O PLANO BÁSICO manterá uma rede de serviços credenciados, cuja utilização será facultada a todos os USUÁRIOS, com as devidas restrições do PLANO BÁSICO. 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 BENEFICIÁRIO 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 USUÁRIO 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 BÁSICO.

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 BÁSICO.

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 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 a 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 BÁSICO, observando-se o Capítulo XIII deste Regulamento, quando forem efetuadas pelo Titular, Dependente Direto ou Agregado, em casos de urgência ou emergência, quando 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 estabelecer regras, emitir normativos e adotar 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 BÁSICO, 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 e 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.

• Adesão

Artigo 79° - A adesão ao PLANO BÁSICO será feita através do preenchimento de formulário específico, devendo o Titular apresentar os documentos definidos no Artigo 39o deste Regulamento.

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

Parágrafo único - O nascituro filho(a) de Titular, inscrito(a) até o 30o 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 BÁSICO 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 89o adiante, podendo o Titular, a qualquer tempo, incluir ou excluir

seus Dependentes Diretos ou Agregados, respeitando-se o Artigo 35o 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 BÁSICO.

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 BÁSICO, 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, carnê ou cobrança bancária.

Artigo 87° - A separação ou divórcio do Titular implica na 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 aquela de Agregados;

Artigo 89° - A não quitação de 3 (três) contribuições mensais, consecutivas ou não, incluindo os débitos pendentes para com o PLANO BÁSICO, observado o disposto no Artigo 66o, acarretará no cancelamento e a exclusão automática 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 89, e o mesmo solicite reinclusão no PLANO BÁSICO 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 BÁSICO, 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 BÁSICO poderá ser cancelada pelo USUÁRIO Titular a qualquer tempo, por escrito, sendo que 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 BÁSICO.

• Suspensão

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

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 BÁSICO 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 BÁSICO desobrigado de coberturas durante esse período.

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

• Transferência

Artigo 100° - Qualquer USUÁRIO Titular poderá solicitar a sua transferência deste PLANO BÁSICO 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 BÁSICO 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, ser-lhe-ão 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 de cobertura.

Artigo 102° - Quando da transferência do PLANO BÁSICO para o PLANO PADRÃO ou para o PLANO ESPECIAL, o USUÁRIO deverá permanecer na nova opção de cobertura por um período mínimo de 12 (doze) meses, a contar da data de transferência.

Parágrafo Único - O BENEFICIÁRIO somente poderá solicitar nova transferência para retornar ao plano Básico, antes de cumprir o período mínimo de 12 (doze) meses, quando no período em que permaneceu no plano de maior amplitude de coberturas não tenha realizado procedimentos cujas despesas não eram cobertas no regulamento do plano Básico.

Artigo 103° - As transferências citadas nos Artigos 100o e 101o deverão ocorrer para todo o

grupo familiar (Titulares e Dependentes) e Agregados.

Artigo 104° - Cobertura corresponde a todos os serviços de assistência médica e/ou hospitalar previstas neste Regulamento.

Artigo 105° - Carência é o período de tempo, contado a partir da data de adesão conforme Artigo 79o deste Regulamento, durante o qual o USUÁRIO Titular, Dependente Direto ou Agregado deverá permanecer, ininterruptamente no PLANO BÁSICO, sem direito às coberturas do mesmo.

• Coberturas em Internação Hospitalar

Artigo 106° - Cobertura total das despesas com internação hospitalar citadas abaixo, com acomodação em enfermaria, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, 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 para este PLANO BÁSICO:

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

II. Internação em enfermaria;

III. Diárias e café da manhã para 1(um) acompanhante de paciente menor de 18(dezoito) anos, maior de 65(sessenta e cinco) e inválidos de qualquer idade;

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 107° - Cobertura total das despesas de honorários médicos durante a internação, se o atendimento for efetuado por profissionais credenciados.

Artigo 108° - É garantida a cobertura assistencial neste PLANO BÁSICO, 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 BÁSICO ou desde que o Titular tenha cumprido a carência para atendimento obstétrico.

• Cobertura Em Procedimentos Especiais

Artigo 109° - Cobertura total das despesas hospitalares e honorários médicos dos procedimentos citados abaixo, efetuados em hospitais e clínicas adotadas pela OPERADORA para este PLANO BÁSICO, 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. Nutrição parenteral ou enteral;
- VII. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- VIII. Embolizações e radiologia intervencionista;
- IX. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- X. Fisioterapia;
- XI. Órteses e próteses decorrentes de ato cirúrgico; XII. Transplantes de Rim e de Córnea;
- XIII. Acompanhamento clínico pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção;
- XIV. Retirada de pontos, de fios, de aparelhos de gesso, pinos, placas de platina e talas de imobilização, curativos e raios-x, no caso deste último, se decorrente do 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 BÁSICO e com base na tabela adotada pela OPERADORA.

Artigo 110° - As INTERNAÇÕES EM SAÚDE MENTAL, conforme abaixo, têm cobertura integral pelo prazo definido para cada tipo de internação.

I. Cobertura, nas mesmas condições que as demais internações, de até 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

II. Cobertura, nas mesmas condições que as demais internações, de até 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Artigo 111° - 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 115o, com restrição aos casos abaixo discriminados:

Parágrafo Primeiro - Em casos de atendimento de EMERGÊNCIA, conforme descrito no Artigo 15o, o PLANO BÁSICO 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 16o, o PLANO BÁSICO garante a cobertura dentro dos limites do PLANO BÁSICO, 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 do USUÁRIO, não sendo cobertos pelo PLANO BÁSICO.

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 BÁSICO 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 BÁSICO cobrirá até 12 horas de atendimento, nas mesmas condições previstas no parágrafo primeiro deste Artigo.

• Franquia No Evento

Artigo 112° - 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 Fatchesf-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 113° - O PLANO BÁSICO 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 114° - O PLANO BÁSICO poderá oferecer ainda coberturas adicionais e opcionais através de Sub-Programas de Assistência à Saúde, com procedimentos de caráter curativo, preventivo e de promoção de saúde e ainda serviços especiais, não obrigatórios na Regulamentação da Saúde Supletiva em vigor, conforme normatização própria.

• Carências

Artigo 115° - Os prazos de carência, a contar a partir da data de adesão PLANO BÁSICO, estabelecidos para a utilização de serviços médico-hospitalares nas situações não previstas no Artigo 116o, são os seguintes:

| PERÍODO DE CARÊNCIA | COBERTURA |
|---------------------|---|
| 24 horas | EMERGÊNCIA, conforme parágrafo primeiro do Artigo 111°. |
| 24 horas | URGÊNCIA, até a cobertura descrita no parágrafo segundo do Artigo 111°. |
| 180 dias | Procedimentos especiais previstos no Artigo 109°, atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas, previstos nos Artigos 106° e 110°. |
| 300 dias | Parto a termo. |

Artigo 116° - 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 BÁSICO 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.

Artigo 117° - Na mudança de categoria de usuário dentro do mesmo Plano, os usuários herdarão o tempo de carência já cumprido, para usufruir os benefícios;

Artigo 118° - 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 119° - O USUÁRIO que tenha solicitado sua exclusão e/ou de seus dependentes e queira 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 BÁSICO.

Artigo 120° - Os tratamentos, dentro dos limites do PLANO BÁSICO, 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 121° - 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.

Artigo 122° - O PLANO BÁSICO não prevê as coberturas para:

- I. Consultas em consultório, ambulatoriais ou visitas médicas domiciliares;
- II. Atendimentos ambulatoriais de natureza diagnóstica ou para tratamento;
- III. Internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica;
- IV. 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, seqüelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e defeitos congênitos;
- V. Procedimentos destinados à inseminação artificial ou fertilização "in vitro", bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências;
- VI. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VII. Medicamentos importados não nacionalizados e os não reconhecidos pelo órgão governamental oficial;
- VIII. Medicamentos e materiais prescritos para tratamento domiciliar;
- IX. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- X. 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;
- XI. Enfermagem em caráter particular, em residência ou não, mesmo que o caso exija cuidados especiais, bem como consulta e atendimento domiciliar mesmo em caráter de emergência;
- XII. Eventos oriundos de acidente de trabalho e doenças profissionais, que legalmente seja de responsabilidade do empregador e não estejam previstos em Sub Programa específico;
- XIII. Expedição de laudos, pareceres, atestados e certidões, para fins privativos ou oficiais;
- XIV. Internação hospitalar para fins de repouso ou de assistência em caráter social, e estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;

- XV.** Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XVI.** Internações, tratamentos, exames em geral e intervenções cirúrgicas motivadas por lesões resultantes de envenenamento de caráter coletivo e qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, e por prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada;
- XVII.** 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;
- XVIII.** Imunoterapia, inclusive tratamento de vacinas, bem como suas conseqüências, salvo os casos de internação;
- XIX.** Tratamento odontológico/ortodôntico clínico ou cirúrgico, inclusive exames ou qualquer outro procedimento que vise tal objetivo;
- XX.** Despesas consideradas extraordinárias, tais como: aluguel de TV, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, lavagem de roupa, refeições extras;
- XXI.** Intervenções cirúrgicas, internações, tratamentos e exames em geral, motivados por competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- XXII.** Tratamento de varizes superficiais de membros inferiores com injeções esclerosantes;
- XXIII.** Internação hospitalar para fins de repouso ou de reabilitação em geral;
- XXIV.** Aborto ou interrupção de gravidez, quando provocados deliberadamente;
- XXV.** Confecção, compra, conserto, ajuste, aluguel de aparelhos destinados à complementação de função, tais como: colchões, cadeiras, óculos, lentes oculares, aparelhos para surdez;
- XXVI.** Remoção para tratamentos clínicos ou cirúrgicos ou procedimentos diagnósticos não cobertos pelo PLANO BÁSICO e de remoções por via diferente da terrestre;
- XXVII.** Honorários de Instrumentação Cirúrgica;
- XXVIII.** Imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;
- XXIX.** Fisioterapia domiciliar;
- XXX.** Todos os demais casos não previstos no Capítulo XIII deste Regulamento.

Artigo 123° - 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 BÁSICO, 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 124° - 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 125° - 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 126° - Os pedidos de reembolso deverão ser solicitados a OPERADORA no prazo de 60 dias corridos após a quitação da despesa, enviando-se os comprovantes descritos no Artigo 128o, conforme o caso.

Artigo 127° - As solicitações de reembolso terão o respectivo crédito efetuado em conta-corrente do Titular com 15 (quinze) dias após a entrega à OPERADORA da documentação adequada, descritas no Artigo 128o, conforme o caso.

Artigo 128° - A documentação necessária ao reembolso deve ser apresentada pelo USUÁRIO conforme o caso e da seguinte forma:

Parágrafo Primeiro - Quando o serviço for prestado por Pessoa Física:

- a) Recibo contendo nome do Titular e discriminando o Dependente quando for este que 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 deverão ser apresentados 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 129° - Os valores dos reembolsos deverão ser calculados com base nas Tabelas de Honorários Médicos e de Serviços Hospitalares adotadas pela OPERADORA.

Artigo 130° - Toda e qualquer solicitação de reembolso está sujeita à auditoria médica.

• Perda ou Extravio da carteira

Artigo 131° - Ocorrendo perda ou extravio da carteira de identificação, o USUÁRIO Titular obriga-se 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 carnê.

• Erro ou imperícia profissional

Artigo 132° - 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 133° - 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, Depen

dente ou Agregado, bem como acompanhar a realização da intervenção cirúrgica e do tratamento pós-operatório.

• Concorrência de Planos

Artigo 134° - 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 BÁSICO, 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 135° - O prazo de vigência da Inscrição de Participante é de 12 (doze) meses contados da data de adesão ao PLANO BÁSICO definida no Artigo 79o, renovável automaticamente por igual período, caso não haja manifestação em contrário expressa, por escrito, por parte do beneficiário.

• Sub-rogação de direitos

Artigo 136° - Efetuado o reembolso, a OPERADORA ficará sub-rogada, até o limite reembolsado, em todos os direitos e ações do PLANO BÁSICO, contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham dado causa aos tratamentos cobertos, obrigando-se o USUÁRIO Titular a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação.

Artigo 137° - 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 138° - São considerados documentos do PLANO BÁSICO a proposta de adesão, o Regulamento e seus aditivos e o Plano Anual de Custeio.

• Prestação de serviços por convênios

Artigo 139° - A OPERADORA poderá utilizar, em casos especiais e previamente autorizados pela sua Diretoria, a rede credenciada para o PLANO BÁSICO 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 140° - 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 47º deste Regulamento.

• Omissão ou situação não prevista

Artigo 141° - 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 básico

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 discriminados 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 discriminados 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 CHESF - com PAP não participante (*) |
| De Empregado da FACHESF não participante (*) |
| Concessão Especial para USUÁRIOS conforme discriminados 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 básico

| FACHESF SAÚDE BÁSICO | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| FAIXA ETÁRIA | VALOR DA MENSALIDADE | (%) VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA |
| 0 a 18 anos | R\$ (-) | - |
| 19 a 23 anos | R\$ (-) | 9,37% |
| 24 a 28 anos | R\$ (-) | 4,99% |
| 29 a 33 anos | R\$ (-) | 48,88% |
| 34 a 38 anos | R\$ (-) | 5,02% |
| 39 a 43 anos | R\$ (-) | 15,37% |
| 44 a 48 anos | R\$ (-) | 17,10% |
| 49 a 53 anos | R\$ (-) | 12,65% |
| 54 a 58 anos | R\$ (-) | 15,00% |
| 59 anos ou mais | R\$ (-) | 86,45% |



Aprovado em **agosto/2010**
Primeira reimpressão: **maio/2016**