

# REGULAMENTO







# FACHESF – SAÚDE ESSENCIAL

## Dados Gerais

Classificação da Operadora: Autogestão.

Nome Comercial do Plano: FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL.

Contratação: Coletivo por Adesão.

Abrangência Geográfica: Grupo de Municípios (Grande Recife).

Área de Atuação: Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Camaragibe.

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia.

Formação do Preço: Pré-estabelecido.

Vínculo do Beneficiário: Vínculo Previdenciário com a Fachesf.

Padrão de Acomodação: Enfermaria.

Fator Moderador: Coparticipação.

Plano Opera Exclusivamente Como Livre Escolha: Não.

## Tema I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

O presente regulamento estabelece as diretrizes do plano de assistência à saúde a ser operado pela Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – Fachesf, doravante denominada Fachesf, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 42.160.192/0001-43, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 31723-3, classificada na modalidade Autogestão, com sede e foro na Rua do Paissandu, nº 58 – Boa Vista – Recife - PE.

Tratando-se da prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à assistência ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com a cobertura do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

## Tema II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

A inclusão no plano deverá ser feita pelo titular através do preenchimento de formulário específico, podendo o titular, a qualquer tempo, incluir seus dependentes diretos ou agregados, apresentando a documentação comprobatória.

São denominados beneficiários do FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL os participantes da Fachesf, bem como seus dependentes, obedecendo ao disposto no artigo 2º, inciso II, da Resolução Normativa - RN nº 137/2006, alterada pela RN nº 272/2011, nas seguintes condições:

I - Na qualidade de beneficiário titular, o participante da Fachesf;

II - Na qualidade de beneficiário dependente direto:

- a) cônjuge do beneficiário (a) titular;
- b) companheiro (a), desde que viva em união estável, com o beneficiário titular, inclusive do mesmo sexo, configurada a convivência pública, contínua e duradoura ou tenha filho (a) com o respectivo companheiro (a), sendo vedada a inscrição simultânea do cônjuge e do (a) companheiro (a);
- c) filho (a) e enteado (a) até 24 anos;
- d) menor sob guarda.

III - Na qualidade de beneficiário dependente agregado:

- a) filho (a) e enteado (a) acima de 24 anos;
- b) tutelado (a) de qualquer idade;
- c) ex-cônjuge;
- d) neto (a);
- e) bisneto (a);
- f) trineto (a);
- g) irmão (ã);
- h) sobrinho (a);
- i) primo (a);
- j) sobrinho (a)-neto (a);
- k) genro e nora;
- l) cunhado (a).

## TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

O FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL cobrirá os custos, em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste regulamento, relativos aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares com obstetrícia, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 12, incisos I, II, III e IV da Lei nº 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei, e o disposto nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no que se aplicam ao plano.

### COBERTURA AMBULATORIAL

A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento ambulatorial, observadas as seguintes coberturas:

- I** - cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II** - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente;
- III** – cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos anexos da Resolução Normativa vigente que estabelece o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- IV** - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos anexos da Resolução Normativa vigente que estabelece o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- V** – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados na legislação em vigor, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;
- VI** - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na legislação em vigor;

**VII** - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

**VIII** - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

**IX** – cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

**X** – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, serem administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

**XI** - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar, relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, está atualmente a cargo da ANVISA.

**XII** - Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea conforme rol de procedimentos em vigor;

**XIII** - cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no anexo do rol de

procedimentos em vigor;

**XIV** - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;

**XV** – cobertura de hemoterapia ambulatorial;

**XVI** – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor.

## **COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, observadas as seguintes coberturas:

**I** – Cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, bem como para outros casos que se façam necessários, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no anexo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor;

**II** - Cobertura de transplantes listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da Operadora do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

**III** - Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos os critérios adotados na legislação;

**IV** – Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos anexos do rol de procedimentos em vigor;

**V** - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

- a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- b) idosos a partir dos 60 anos de idade; e
- c) pessoas com deficiência.

**VI** - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor, procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar;

**VII** - Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e
- c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

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

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

## **PROGRAMAS ASSISTENCIAIS**

O Plano FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL poderá oferecer ainda coberturas adicionais e opcionais através de Subprogramas 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.



## Tema IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão excluídos da cobertura do FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no regulamento do plano, os provenientes dos seguintes casos:

**I** - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto na legislação vigente.

**II** - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

**III** - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

**IV** - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

**V** - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

**VI** - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos na legislação vigente como de fornecimento obrigatório;

**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 não reconhecidos pelas autoridades competentes;

**IX** - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

**X** - Estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

**XI** - Atendimento domiciliar em regime de home care, nos casos em que a requisição não se enquadre efetivamente como substituição necessária e mais benéfica da internação hospitalar.

## Tema V - DURAÇÃO DO CONTRATO

1. O prazo de duração do Plano FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL é indeterminado.
2. A data do início da vigência é a data de assinatura do contrato ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador, para efeito de reajuste anual.

## Tema VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

A contagem da carência se dará a partir do ingresso do beneficiário no plano.

PERÍODO DE CARÊNCIA	COBERTURA
24h	Emergências
24h	Urgências
30 dias	Consultas
60 dias	Exames básicos de apoio diagnóstico, a exemplo de: raio x, ultrasonografia e exames clínicos laboratoriais
90 dias	Exames especiais de apoio diagnóstico, a exemplo de: tomografia computadorizada, ressonância magnética e pet scan
180 dias	Atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas, bem como demais procedimentos não previstos nos itens acima.
300 dias	Parto a termo

Não poderá ser exigido o cumprimento de carências:

- 1.** Quando a inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato ou de seu ingresso na empresa contratante (Patrocinadora / Instituidora);
- 2.** Caso o beneficiário se vincule à empresa contratante (Patrocinadora / Instituidora) após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo;
- 3.** 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;
- 4.** No ato da inscrição, como agregado, o recém-nascido neto de titular, desde 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.

## **Tema: VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

Não haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes.

## **Tema VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**I** - A Operadora assegurará o reembolso no limite das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for utilizado os serviços próprios, contratados ou credenciados pela FACHESF dentro da área de abrangência geográfica e área de atuação do plano. O reembolso de que trata este item será efetuado de acordo com os valores praticados pela Operadora junto à sua rede credenciada, vigente à data do evento.

**II** - O reembolso, quando comprovadamente devido, será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) Relatório do médico assistente contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência;

c) Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, nota fiscal quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:  
nome completo do paciente;  
procedimento e data de sua realização;  
descrição da conduta médica;  
valor dos honorários;  
nome, número do Conselho Regional e CPF do médico;  
declaração do titular contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

**III** - O beneficiário terá o prazo de 01 ano a contar da data do evento, para solicitar o reembolso acompanhado dos documentos acima relacionados, sob pena de perda do direito;

**IV** - Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

## **Tema IX – ACESSO LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

O Plano FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL não contempla custeio de despesas em prestadores não credenciados.

## **Tema X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

É reservado à Operadora o direito de adotar sistemáticas de controle ou gerenciamento dos serviços de saúde, em compatibilidade com as disposições definidas nos códigos de ética profissionais, sob a égide da Lei 9.656 de 1998 e quaisquer outras regulamentações pertinentes, sendo então adotadas as seguintes medidas de regulação:

**I** - A habilitação do beneficiário no exercício do seu direito de uso em toda a rede de prestadores, durante a vigência do regulamento, ocorrerá com a apresentação do seu cartão individual de identificação, expedido pela Operadora, acompanhado da sua carteira de identidade;

**II** - A Operadora poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas guias de solicitação de serviços/ procedimentos;

**III** - Todos os procedimentos cobertos por este plano podem ser solicitados pelo médico assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede credenciada da Operadora;

**IV** - Este plano possui coparticipação, que é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora, posteriormente à utilização do serviço, com limite máximo de cobrança, por procedimento, reajustado por ocasião da avaliação atuarial anual do plano, devidamente aprovado pelo Conselho Deliberativo;

**V** - É prevista no Plano ESSENCIAL a cobertura de procedimentos ambulatoriais, com o fator moderador na forma de participação percentual do beneficiário na utilização, conforme adiante explicitado:

- a) 40% (quarenta por cento) do custeio imputado à Fachesf em consultas médicas realizadas pelo beneficiário em consultório médico ou clínica médica;
- b) 40% (quarenta por cento) do custeio imputado à Fachesf 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 ESSENCIAL.

Os percentuais incidirão sempre sobre o efetivo desembolso cobrado da Fachesf, de acordo com a tabela vigente mantida com o respectivo prestador de serviços.

É prevista ainda a participação do beneficiário na utilização do evento decorrente do atendimento de urgência e emergência, com o valor a ser estabelecido pelo Conselho Deliberativo do Fachesf-Saúde, com base na avaliação atuarial. 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 beneficiário.

**VI** - Os serviços previstos neste Regulamento serão prestados pelo FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL exclusivamente através da rede de prestadores de serviço conforme relação disponibilizada em sua página na Internet – [www.fachesf.com.br](http://www.fachesf.com.br), que tem caráter informativo e pode sofrer alterações, sendo este o canal mais atualizado para consulta à rede credenciada, ou poderá ser obtido por meio do telefone: (0800) 281-7533.

**VII** - É facultada à Operadora a substituição de entidade hospitalar desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor – tudo sempre regido pela legislação vigente que regular a matéria;

**VIII** - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar - a que se refere o texto acima - ocorrer por vontade da Operadora, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a Operadora a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do regulamento;

**IX** - Excetua-se do previsto no item anterior, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a Operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor;

**X** - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar, por redução, a Operadora deverá

## **Tema XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido e calculado por estudos atuariais que levam em consideração o perfil demográfico dos beneficiários, os serviços médicos e/ou hospitalares cobertos e seus custos, os riscos inerentes e a formação de garantias financeiras.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será do contratante.

O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na proposta de adesão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Adesão.

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

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

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

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

## Tema XII – REAJUSTE

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

1. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do Plano ESSENCIAL, entendendo-se esta como data base única, o que não se confunde com as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;
2. Caso ocorra a necessidade de aplicação do reajuste técnico por sinistralidade, os valores das mensalidades serão reavaliados, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais, operacionais e garantias financeiras e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de cálculo;
3. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

## Tema XIII – FAIXAS ETÁRIAS

Faixa	Percentuais de Reajustes
00 a 18 anos de idade	[ - ] %
19 a 23 anos de idade	[10] %
24 a 28 anos de idade	[18] %
29 a 33 anos de idade	[20] %
34 a 38 anos de idade	[26] %
39 a 43 anos de idade	[26] %
44 a 48 anos de idade	[20] %
49 a 53 anos de idade	[20] %
54 a 58 anos de idade	[20] %
59 ou mais de idade	[40] %

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente contrato, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última mensalidade, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63, de 2003.

### **Incisos I e II da RN 63**

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

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

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

## **Tema XIV – BÔNUS / DESCONTOS**

Este tema não se aplica.

## **Tema XV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

**I** - A exclusão do plano deverá ser solicitada pelo titular presencialmente, ou por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela Operadora, ou por meio da página da Operadora na Internet, exceto nos casos de exclusão automática, citado no Artigo VII, adiante. 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 beneficiário, ou qualquer outro evento que caracterizaria, por sua natureza, pagamento indevido, não ensejará devolução das contribuições recolhidas antes da data de sua efetiva comunicação ao Plano ESSENCIAL, exceto nos casos de falecimento.



- II** - A exclusão do beneficiário 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;
- III** - Por ocasião da exclusão do beneficiário titular, dependente direto e/ou agregado, é obrigatória a devolução de todas as carteiras de identificação à Operadora, respondendo sob todos os aspectos, inclusive civil e criminalmente, perante a Operadora, pelo seu uso indevido;
- IV** - O beneficiário 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;
- V** - A separação ou divórcio do titular implica mudança do cônjuge ou companheiro [a] e enteados [as] da condição de dependentes diretos para a condição de agregados;
- VI** - Os dependentes diretos que atingiram limite de idade serão automaticamente transferidos desta categoria para a de agregados.
- VII** - A não quitação de 01 [uma] contribuição mensal, por período superior a 60 [sessenta] dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato implicará na exclusão do beneficiário titular e seus dependentes diretos e agregados do plano, desde que o titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, conforme Lei 9.656, artigo 13;
- VIII** - Fica estabelecido que a quitação da contribuição sempre corresponderá à respectiva mensalidade objeto da transação;
- IX** - Caso o beneficiário titular juntamente com seus dependentes diretos e agregados tenham sido excluídos por motivo de inadimplência, e o mesmo solicite reinclusão no Plano ESSENCIAL, terá que cumprir novo período de carência, inclusive os dependentes diretos e agregados, conforme a opção de cobertura escolhida;
- X** - A exclusão por qualquer motivo, não exime o titular da quitação de todos os compromissos financeiros para com o Plano ESSENCIAL, cuja cobrança dos débitos de mensalidades, serviços utilizados e de despesas ainda não apropriadas deverá ser feita de forma amigável ou judicialmente.

## Tema XVI – RESCISÃO

O FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL poderá ser extinto por decisão do Conselho Deliberativo da Fachesf, observando as disposições legais.

## Tema XVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

**I** - As coberturas previstas neste regulamento serão prestadas através de Serviços Credenciados;

**II** - É direito do beneficiário titular emitir sua opinião sobre a operacionalização do produto, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações, preferencialmente por escrito, e-mail faleconosco@fachesf.com.br, ou através do telefone 0800.281-7533, ou pessoalmente na sede da Operadora, localizada na Rua do Paissandu, nº 58 - bairro Boa Vista, cidade Recife/ PE - CEP 50070-200, as quais serão imediatamente submetidas à apreciação, e, acolhidas, caso procedam;

**III** - A Operadora poderá notificar as autoridades competentes, em cumprimento ao disposto no Estatuto do Idoso, os casos em que os beneficiários acima de 60 (sessenta) anos apresentem de forma comprovada, indícios de negligência, maus-tratos, abuso, exploração ou crueldade, de forma física ou psíquica, de condições desumanas e degradantes, ou ainda sob privação de alimentos e cuidados indispensáveis em sua convivência familiar;

**IV** - O beneficiário titular, por si, e seus dependentes diretos e agregados, autoriza a Fachesf a prestar todas as informações cadastrais, inclusive sobre atendimentos e serviços beneficiados, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência a saúde;

**V** - O presente regulamento, no que for omissivo, ou resultar em erro, ou ainda, passível de eventuais dúvidas, aplicar-se-á, concomitantemente, a legislação que rege a matéria, seguida das atualizações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como, o Código de Defesa do Consumidor, quando couber, devendo as partes, visando o interesse comum, buscar solução amigável;

**VI** - No caso de falecimento do beneficiário, o fato deverá ser comunicado à Operadora, imediatamente, e por escrito, com a apresentação da Certidão de Óbito, para a devida atualização cadastral.

Para ampla compreensão sobre os efeitos deste contrato, ficam expressas as seguintes definições:

**ACIDENTE PESSOAL:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a Operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

**ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

**ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente direto ou agregado que usufrui os serviços pactuados neste regulamento.

**CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística e financeira proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação pecuniária.

**CARÊNCIA:** o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do regulamento, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

**CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

**COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à Operadora, após a realização de procedimento.

**CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

**DEPENDENTE DIRETO/AGREGADO:** pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas neste regulamento.

**DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

**DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

**DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho.

**EMERGÊNCIA:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

**MÉDICO ASSISTENTE:** é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

**MENSALIDADE:** contraprestação pecuniária paga pelo beneficiário ao Plano FACHESF-SAÚDE ESSENCIAL.

**ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

**PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

**PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

**PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

**ROL DA ANS:** é o conjunto de procedimentos médicos de cobertura obrigatória prevista pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

## **Tema XVIII - ELEIÇÃO DE FORO**

Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da comarca da cidade do Recife.

