

REGULAMENTO DO PLANO SAÚDE BEM-ESTAR APARTAMENTO

CAPÍTULO I CARACTERÍSTICAS GERAIS

Art. 1º - A **FUNDAÇÃO FIAT SAÚDE E BEM ESTAR**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **41.828-5**, inscrita no CNPJ sob o número 12.838.821/0001-80, estabelecida na Avenida Contorno, nº. 3455, Galpão 6, 2º Andar, Parte A, Paulo Camilo, Betim/MG, CEP: 32669-900, classificado como autogestão com mantenedor, neste ato designada como **FCA SAÚDE**, é a instituição que ofertará e gerenciará o Plano Privado de Assistência à Saúde dos Participantes da **FCA SAÚDE**, doravante denominado **PLANO**.

Art. 2º - É **MANTENEDORA** do **PLANO** a **FCA FIAT CHRYSLER AUTOMÓVEIS BRASIL LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 16.701.716/0001-56, com sede na Av. Contorno, nº 3455, bairro Paulo Camilo, CEP: 32.669-900, Betim/MG.

Parágrafo Único - A **FCA SAÚDE** poderá admitir outras **MANTENEDORAS** e/ou **PATROCINADORAS** na forma da regulamentação em vigor.

Art. 3º - O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **SAÚDE BEM-ESTAR APARTAMENTO** e está registrado na ANS sob o nº. **468.971/13-2**, possuindo como Características Gerais:

- I - Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II - Segmentação Assistencial: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia; III - Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Municípios;
- IV - Área de Atuação: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima e Sete Lagoas, localizados no Estado de Minas Gerais;
- V - Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
- VI - Formação do Preço: Pós-estabelecido em custo operacional.

Art. 4º - Além das coberturas previstas nas Seções I e II do Capítulo V - **DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, o **PLANO** assegura o atendimento fora de sua área de abrangência, exclusivamente nos casos de urgência e emergência e nos municípios do território nacional em que exista rede referenciada de outras operadoras conveniadas para este fim.

CAPÍTULO II ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º - O presente Regulamento tem por objeto a 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 9.656/1998, visando à assistência Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID- 10), compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento para a segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

Art. 6º - O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CAPÍTULO III DEFINIÇÕES

Art. 7º - Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I - **ACIDENTE PESSOAL**: evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases.
- II - **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS**: autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- III - **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA**: área de atuação do **PLANO**, definida neste Regulamento, dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços cobertos.
- IV - **CARÊNCIA**: prazo ininterrupto durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas pactuadas;
- V - **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.ª revisão.
- VI - **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL**: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.
- VII - **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU**: órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;
- VIII - **HOSPITAL DIA**: atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- IX - **ÓRTESE**: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;
- X - **MANTENEDORAS**: instituições que, na forma da Lei, firmem Convênio com a **FCA SAÚDE** para fins de oferta dos benefícios de assistência à saúde tratados por este Regulamento, nos termos da legislação aplicável;

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

XII - **TABELA DE REFERÊNCIA**: relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela **FCA SAÚDE**.

Parágrafo Único - Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

CAPÍTULO IV CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 8º - Poderão se inscrever no **PLANO**:

I - Na Qualidade de **Beneficiário Titular**:

a) as pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ativo com as empresas **MANTENEDORAS e/ou PATROCINADORAS**, na forma prevista pelo Estatuto da Entidade;

II - Na Qualidade de **Beneficiário Dependente do Titular**:

a) o cônjuge;

b) o companheiro ou companheira, **havendo união estável, nos termos do Código Civil Brasileiro, sem eventual concorrência com o cônjuge**;

c) o companheiro ou companheira de união homoafetiva, **obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável**;

d) os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros, menores de 19 (dezenove) anos de idade**;

e) os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros, entre 19 (dezenove) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do Titular e estudantes de curso superior regular reconhecido pelo Ministério da Educação**;

f) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros, de qualquer idade, portadores de necessidades especiais, com renda mensal de até dois salários mínimos vigentes**;

g) o menor **sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observados os critérios de dependência econômica e estado civil dispostos neste Regulamento para a inscrição de filhos**;

Art. 9º - Para a inscrição do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será necessário o preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento.

§1º - A inscrição dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

§2º - As inscrições de cônjuge ou de companheiro (a) de união estável ou de companheiro de união homoafetiva são excludentes entre si, não sendo permitida a inscrição cumulativa.

§3º - Somente será aceita a inclusão de enteados, cujo cônjuge / companheiro (a) do Titular apresentar documento de guarda do filho (a) emitido por órgão competente, salvo nos casos em que um dos pais seja desconhecido (certidão de nascimento) ou falecido (certidão de óbito).

§4º - Caso haja cônjuges titulares (empregados das empresas mantenedoras) inscritos em categorias profissionais diferentes e haja interesse de uma das partes em estabelecer a condição de dependente no sistema de saúde, a parte interessada deverá redigir carta para a **FCA SAÚDE**, solicitando sua inclusão como dependente e, ao mesmo tempo, renunciando ao benefício como empregado.

§5º - Os dependentes serão inscritos mediante apresentação da seguinte documentação: I

- Cônjuge:

a) certidão de casamento civil;

II - Companheiro:

a) Declaração de cartório de União Estável, bem como documentos comprobatórios da relação pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família;

b) Cópia da carteira de identidade e CPF;

c) Registro de Imóvel no nome do casal OU Conta bancária conjunta OU Declaração como dependente no IR OU Seguro de vida em que o Companheiro (a) seja beneficiário;

d) Comprovante de residência atualizado;

e) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;

f) Certidão de nascimento atualizada (emitida nos últimos três meses);

g) Nos dois casos, se o funcionário (a) ou o (a) companheiro (a) já tiverem sido casados deve ser apresentada a documentação de Divórcio averbado OU Separação Judicial da antiga união;

III - Filho:

a) certidão de nascimento; b)

IV - Enteado:

a) Certidão de nascimento;

b) Documento de guarda OU Certidão de Óbito conforme parágrafo terceiro desse artigo;

c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;

V - Filho e enteado maior de 19 anos Universitário:

a) Certidão de Nascimento;

b) Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo MEC, que deverá ser renovado semestralmente;

c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;

d) Declaração de Filho/enteado (a) Solteiro (a);

VI - Filho/enteado Portador de Necessidades Especiais:

- a) Certidão de nascimento;
- b) Documentação comprobatória da necessidade especial, mediante apresentação de laudo pericial médico expedido ou validado por um médico pertencente ao quadro de empregados da **FCA SAÚDE** comprovando o estado permanente;
- c) Declaração de Responsabilidade sobre Dependente;
- d) Declaração de Filho/enteado (a) Solteiro (a);

VII - Menor SobGuarda:

- a) Certidão de Nascimento;
- b) Declaração de guarda judicial, definitiva ou provisória, sendo necessária a renovação anual, desta última hipótese;
- c) Termo de responsabilidade sobre dependente;

Art. 10 - Caberá às **MANTENEDORAS** a inclusão e exclusão dos Beneficiários mediante envio de dados, por interface, entre os sistemas operacionais.

§1º - Caberá, ainda, às **MANTENEDORAS** a exibição de documentos que comprovem o vínculo dos Titulares com elas próprias e a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade dos Dependentes com o Titular quando solicitados pela **FCA SAÚDE**.

§2º - A **FCA SAÚDE** tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

Art. 11 - É assegurada a inclusão:

I - Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário inscrito, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou adoção;**

II - Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção.

§1º - A inclusão dos Beneficiários previstos nos incisos I e II fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

§2º - Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências pelos Beneficiários.

CAPÍTULO V
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 12 - A **FCA SAÚDE** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos Beneficiários regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços da **FCA SAÚDE**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento.

Seção I **Da Cobertura Ambulatorial Art.**

13 - A cobertura ambulatorial compreende:

- I - Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;**
- III - Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, **administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente para o procedimento de quimioterapia oncológica ambulatorial;**
- IV - Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, **solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;**
- V - Consultas / sessões de psicoterapia, **de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;**
- VI - Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;

- VII - Hemodiálise e diálise peritoneal –CAPD;
- VIII - Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
- IX - Adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.
- X - Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI - Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XII - Hemoterapia ambulatorial;
- XIII - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo; (ii) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.**

Seção II

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia Art. 14

- A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I - Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
- II - Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**, e alimentação;
- III - Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- IV - Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do beneficiário e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

- V - Taxas, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;
- VI - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário menor de 18 anos, do Beneficiário com idade igual ou superior a 60 anos ou do Beneficiário portador de necessidades especiais, **salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;**
- VII - Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento;
- VII.1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- VII.2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03(três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, **ficando a escolha da FCA SAÚDE;**
- VII.3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **FCA SAÚDE**, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **FCA SAÚDE**.
- VIII - Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
- IX.1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do Beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
- a) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao Beneficiário, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- b) **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão**

incluídos na cobertura hospitalar.

- X - Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a) Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - d) Hemoterapia;
 - e) Nutrição parenteral ou enteral;
 - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - h) Radiologia intervencionista;
 - i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente.
- XI - Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII - Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XIII - Transplantes, **desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento**, e procedimentos a eles vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a) despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção**;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- XIII.1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- a) O Beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção;

- b) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
- c) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

XIV - Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

XV - Despesas incluindo acomodação, alimentação e paramentação, **conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital**, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (compreendido pelas 48 horas após o parto ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente), **salvo contraindicação do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.**

XVI - Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, **desde que o Beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

XVI.1) Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

Art. 15 - Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

I - O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;

II - Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto- infligidas;

III - No plano com cobertura hospitalar haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento;

III.1) Entende-se hospital-dia para transtornos mentais como o 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.

IV - Além da coparticipação regular, prevista neste Regulamento, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento) incidentes sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do Beneficiário, não cumulativos.

Art. 16 - O presente Regulamento garante, ainda:

- I - Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento;
- II - Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiológico, caso haja indicação clínica;
- III - Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IV - Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CAPÍTULO VI EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 17 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da FCA SAÚDE sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**
- II - Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do Beneficiário ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento;**
- III - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);**
- IV - 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 de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- V - Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- VI - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**

- VII - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- VIII - Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
- IX - Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;**
- X - Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação odontológica;**
- XI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;**
- XII - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;**
- XIII - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;**
- XIV - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- XV - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- XVI - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
 - XVII - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;**
 - XVIII - Serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
 - XIX - Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;**
 - XX - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;**
 - XXI - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
 - XXII - Aparelhos ortopédicos, com exceção dos inerentes e ligados ao ato cirúrgico;**
 - XXIII - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**

- XXIV - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não credenciados ao plano contratado, ressalvados os atendimentos de urgência e emergência, que poderão ser efetuados por médicos não credenciados e posteriormente reembolsados, nos termos e condições estabelecidos no presente Regulamento;**
- XXV - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos, bem como do filho ou do enteado maior e inscrito na condição de portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXVI - Despesas relativas a um acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Contrato;**
- XXVII - Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;**
- XXVIII - Despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior a contratada, desde que por opção do mesmo;**
- XXIX - Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXX - Avaliação pedagógica;**
- XXXI - Orientações vocacionais;**
- XXXII - Psicoterapia com objetivos profissionais;**
- XXXIII - Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;**
- XXXIV - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;**
- XXXV - Cirurgia para mudança de sexo;**
- XXXVI - Remoção domiciliar;**
- XXXVII - Check-up;**
- XXXVIII - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;**
- XXXIX - Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

CAPÍTULO VII

DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 18 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Art. 19 - A data de início de vigência da adesão do Beneficiário ao **PLANO** coincidirá com a data do processamento, pela **FCA SAÚDE**, da comunicação de inscrição do Beneficiário ao **PLANO**, que se dará no prazo de 01 (um) dia útil contado do recebimento, pela **FCA SAÚDE**, da comunicação de inscrição do Beneficiário, nos termos deste Regulamento.

Art. 20 - Excepcionalmente ao previsto no parágrafo anterior, nos casos dos beneficiários que se transferirem do plano enfermaria para este plano, dentro dos primeiros 30 dias de vigência daquele plano, o processamento da inscrição pela **FCA SAÚDE**, ocorrerá no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias contados do recebimento, pela **FCA SAÚDE**, da comunicação de transferência de plano do Beneficiário, nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO VIII

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 21 - Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas oferecidas pelo **PLANO**. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao Beneficiário após o cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- I - 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura de urgência e emergência;**
- II - 30 (trinta) dias para Consultas médicas e exames complementares de baixa complexidade, conforme tabela da FCA SAÚDE;**
- III - 180 (cento e oitenta) para os demais casos previstos neste Regulamento ou de procedimentos que vierem a ser incluídos em revisões do rol de procedimentos pela ANS.**
- IV - 300 dias para o parto a termo**

§1º - O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do Beneficiário ao **PLANO**.

§2º - Os períodos de carência serão observados também na hipótese do reingresso dos Beneficiários ao **PLANO**, à exceção das hipóteses de isenção de carência previstas neste instrumento.

§3º - As carências cumpridas em outros planos privados de assistência à saúde não serão aproveitadas na inscrição e reintegração dos Beneficiários ao **PLANO** sendo vedada, por

qualquer justificativa, a dispensa do prazo de carência.

Art. 22 - É isento do cumprimento dos períodos de carência:

- I - O Beneficiário Titular que solicitar sua inscrição e a de seus dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da assinatura do Convênio de Adesão ou de sua vinculação à **MANTENEDORA**;
- II - O Beneficiário Dependente cuja inscrição no **PLANO** ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados de sua elegibilidade ao plano.

CAPÍTULO IX ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I Do Atendimento

Art. 23 - Considera-se:

- I - Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;
- II - Atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 24 - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I - Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, **depois de decorridas 24 horas da adesão do Beneficiário ao Plano**;
- II - **Depois de cumpridas as carências para internação**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III - Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**;
- IV - **Depois de cumpridas as carências para internação**, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- V - Durante o cumprimento dos períodos de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **limitados às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação**.

Seção II Da Remoção

Art. 25 - Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), dentro da área geográfica de abrangência do **PLANO** e conforme regras previstas nessa Seção.

§1º - Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do **PLANO**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

§2º - Haverá remoção para unidade do **SUS**, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do **Beneficiário** estar cumprindo período de carência para internação.

Art. 26 - Na remoção para uma unidade do **SUS** serão observadas as seguintes regras:

- I** - Quando não possa haver remoção por risco de vida, o **Beneficiário** e o **prestador do atendimento** deverão negociar entre si a **responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a FCA SAÚDE, desse ônus;**
- II** - Caberá a **FCA SAÚDE** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do **SUS** que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III** - Na remoção, a **FCA SAÚDE** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade **SUS**;
- IV** - Quando o **paciente** ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso **II**, a **FCA SAÚDE** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção III Do Reembolso

Art. 27 - Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo **Beneficiário** com a assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela **FCA SAÚDE**.

§1º - O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **FCA SAÚDE**, que não será inferior ao valor praticado pela **FCA SAÚDE** junto à rede de prestadores deste **PLANO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

- I - Relatório do médico assistente, contendo diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizam a urgência / emergência;
- II - Recibos individuais quitados dos honorários médicos. Quando se tratar de pessoa jurídica, Nota Fiscal de Serviços quitada. Em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados:
 - a) Nome completo do paciente;
 - b) Procedimento e data de sua realização;
 - c) Atuação do médico (cirurgião, clínico, auxiliar, anestesista e outros);
 - d) Valor dos honorários;
 - e) Nome, número do registro no Conselho Regional de Medicina e CPF do médico;
- III - Conta hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, apresentando nota fiscal quitada, facultando à **FCA SAÚDE** periciar os prontuários médicos, resguardadas as normas éticas;

§2º- O reembolso será feito através de transferência bancária ao Beneficiário titular.

§3º- A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.

§4º - O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, **sob pena de perder o direito ao reembolso.**

§5º - **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.**

§6º- Não poderão ser reembolsadas despesas com procedimentos não cobertos pela FCA SAÚDE.

§7º - **Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.**

CAPÍTULO X MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Seção I Cartão de Identificação

Art. 28 - A **FCA SAÚDE** fornecerá aos Beneficiários inscritos o Cartão do Beneficiário, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Regulamento.

§1º - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão do Beneficiário ou de outros documentos fornecidos pela **FCA SAÚDE**, o Titular obriga-se a comunicar de imediato o fato à mesma, por escrito, **responsabilizando-se pelo seu uso indevido até a data do recebimento da comunicação pela FCA SAÚDE.**

§2º - No caso de emissão de segunda via do Cartão do Beneficiário, decorrente de perda ou dano será cobrada uma taxa de serviço.

§3º - O Beneficiário que admitir a utilização de seu Cartão do Beneficiário por terceiros será penalizado nos termos previstos neste Regulamento.

§4º - Ocorrendo a exclusão, por qualquer motivo, de beneficiário, o Titular a que esteja vinculado obriga-se a devolver, imediatamente, os Cartões do Beneficiário fornecidos pela **FCA SAÚDE**, **sob pena de responder pelo ressarcimento de todas as despesas originadas do uso indevido do PLANO, acrescidas dos encargos financeiros devidos, sem prejuízo das penalidades legais.**

Seção II Padrão de Acomodação

Art. 29 - As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento standard.

§1º - Na hipótese de o Beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela ofertada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

§2º - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **FCA SAÚDE**, na acomodação em que o Beneficiário foi inscrito, a ele será garantido acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

§3º - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **FCA SAÚDE**, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço será de responsabilidade da **FCA SAÚDE**.

Seção III **Serviços Próprios e Rede Credenciada**

Art. 30 - O Beneficiário poderá utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviços da **FCA SAÚDE** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos pelo **PLANO**.

§1º - Ao utilizar a rede credenciada do **PLANO**, o Beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à **FCA SAÚDE** efetuar o pagamento diretamente ao credenciado em nome e por conta do Beneficiário.

§2º - Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo **PLANO**, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o Beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão do Beneficiário do **PLANO**.

Art. 31 - Os atendimentos poderão ser prestados nos Núcleos de Saúde da **FCA SAÚDE**, Postos Médicos da Fábrica da **FCA SAÚDE**, além de consultórios médicos, clínicas, ambulatórios, laboratórios e hospitais credenciados.

Art. 32 - A **FCA SAÚDE** entregará ao Beneficiário Titular, caso solicitado, a relação dos profissionais e estabelecimentos credenciados, que também está estabelecida no endereço da **FCA SAÚDE** na internet: www.fcasaude.com.br.

Parágrafo Único - A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso, respeitadas as normas editadas pela ANS no que se refere à alteração da rede hospitalar, abaixo previstas:

- I - É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação ao Beneficiário 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 em vigor;
- II - Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **FCA SAÚDE** durante período de internação de algum Beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a **FCA SAÚDE** providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da

assistência;

III - No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

Seção IV **Autorizações Prévias**

Art. 33 - Os serviços previstos neste Regulamento, quando realizados dentro da rede credenciada do **PLANO**, serão prestados aos Beneficiários mediante emissão de autorização prévia pela **FCA SAÚDE**.

§1º - A realização dos procedimentos sem a autorização prévia, desobriga o **PLANO** de seu pagamento, ressalvados os casos em que haja comprovada emergência ou nos casos de urgência.

§2º - Nos casos de comprovada emergência ou nos casos de urgência, os Beneficiários serão regularmente atendidos e terão o prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este Regulamento, **sob pena do atendimento ser considerado particular pelo prestador e o PLANO não se responsabilizar por quaisquer despesas**.

§3º - Para ter acesso a procedimentos ambulatoriais, o Beneficiário deverá entrar em contato com o Disque Saúde de posse de seu Cartão do Beneficiário e pedido médico contendo justificativa para o procedimento.

§4º - A autorização para internação hospitalar será fornecida diretamente ao Beneficiário ou prestador de serviços credenciado, por meio de Guia ou senha de autorização da **FCA SAÚDE**, após recebimento e auditoria médica da solicitação da internação. Esta solicitação deverá ser feita por profissional habilitado e deverá conter: nome completo do Beneficiário, identificação do médico solicitante, do hospital onde se realizará o procedimento, do local, diagnóstico ou CID correspondente, se a legislação assim permitir, tratamento proposto com o código correspondente da tabela, duração provável e justificativa do tratamento proposto.

Art. 34 - De posse da autorização de procedimentos emitida pelo **PLANO**, acompanhada de uma via do laudo médico, o Beneficiário deverá procurar o hospital ou clínica credenciada para a realização do procedimento.

§1º - As autorizações para a realização dos procedimentos terão o prazo de validade de **30 (trinta) dias**.

§2º - Após o vencimento, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas mediante solicitação.

§3º - Será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, para definição dos casos de aplicação de regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

§4º - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, constituída pelo profissional solicitante do procedimento, ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **FCA SAÚDE** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **FCA SAÚDE**.

Art. 35 - Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, independentemente de pertencer à rede credenciada da **FCA SAÚDE**.

Parágrafo Único - A **FCA SAÚDE** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

Art. 36 - A permanência de pacientes em regime de internação hospitalar, qualquer que seja a sua duração, estará sujeita ao acompanhamento do médico auditor da **FCA SAÚDE**.

Art. 37 - A **FCA SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento.

Parágrafo Único - O pagamento das despesas relativas aos eventos, serviços e/ou procedimentos não cobertos, entendidos esses como aqueles não descritos expressamente neste Regulamento e/ou não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, deverá ser efetuado diretamente pelo Beneficiário ao prestador de serviço, sem direito a reembolso pelo **PLANO**.

Seção V Coparticipação

Art. 38 - Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular, referente à utilização dos serviços cobertos, por si, e por seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

Parágrafo Único - Será cobrada coparticipação conforme descrito abaixo, mediante desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança a ser definido pela **FCA SAÚDE**, na utilização, pelos Beneficiários inscritos, dos procedimentos abaixo relacionados:

- Franquia de internação: R\$ 200,00 (por internação e não por dias de internação)
- Exames preventivos: (mamografia, papanicolau e sangue oculto nas fezes): isenta

- Exames em geral: 30% do valor limitado a R\$ 100,00
- Terapias em geral: 30% do valor limitado a R\$ 100,00
- Terapias especiais: (radioterapia, quimioterapia e hemodiálise): isenta
- Procedimentos ambulatoriais cirúrgicos: 30% do valor limitado a R\$ 100,00
- Consultas urgência/emergência em hospitais: R\$25,00
- Consultas programadas na rede credenciada: R\$20,00
- Consultas programadas na rede própria: R\$15,00
- Consultas em Programas de Promoção da Saúde: R\$8,00
- Programa Vida Nova (gestantes e crianças até 2 anos): isenta.

Art. 39 - Também haverá coparticipação na internação por transtornos psiquiátricos, na forma prevista neste Regulamento.

Art. 40 - Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

Art. 41 - O Beneficiário é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após sua exclusão do PLANO, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

Parágrafo Único - Os percentuais ou valores de coparticipação deverão obedecer aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação.

CAPÍTULO XI FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 42 - O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pós-estabelecido', na forma de custo operacional, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 2) e alterações posteriores.

Art. 43 - O PLANO objeto do presente Regulamento não prevê contribuição, mas tão somente coparticipação na utilização de determinados procedimentos, como fator moderador de utilização.

Art. 44 - As eventuais coparticipações, relativas aos Beneficiários Titulares, por si e seu Grupo Familiar, serão preferencialmente descontadas em folha de pagamento.

Parágrafo Único - Nos casos em que, por qualquer motivo, não tenham sido descontadas em folha de pagamento salarial ou em folha de pagamento de benefícios as coparticipações em despesas assistenciais, essas serão debitadas na conta corrente do Titular e, em caso de permanência do débito, os Titulares ficarão obrigados a recolhê-las até o 5º dia útil do mês subsequente.

Art. 45 - Em caso de atraso no pagamento, os Titulares se sujeitarão à multa de 2% (dois por cento), acrescidos de juros de mora à razão de 1% (ao mês), apurado por dia de atraso.

CAPÍTULO XII

REAJUSTE

Art. 46 - As coparticipações em valor serão reajustadas anualmente, na data de aniversário deste instrumento, de acordo com a variação positiva do IPCA – Índice de Preço ao Consumidor Amplo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, divulgado no período e com retroatividade de 02 (dois) meses, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

Parágrafo Único - O conselho curador poderá definir pela não aplicação desse reajuste ou por outro definido em avaliação atuarial, respeitado a anuidade entre a aplicação dos reajustes.

CAPÍTULO XIII

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Art. 47 - Não é garantido ao Beneficiário o direito de manutenção no **PLANO** após a perda do vínculo empregatício, previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, tendo em vista que o **PLANO** é gratuito, inexistindo contribuição.

Parágrafo Único – Nos termos desses dispositivos legais e na regulamentação da ANS, a coparticipação, como fator moderador de utilização, não é considerada contribuição.

Art. 48 - Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

CAPÍTULO XIV

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 49 - Caberá à **MANTENEDORA** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes condições:

I - Perda da qualidade de Titular;

II - Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente.

Art. 50 - Considerando se tratar de plano gratuito, sem contribuição dos Beneficiários Titulares, não se aplicam as exigências da regulamentação, no que tange ao direito de manutenção, para a exclusão de beneficiários.

Art. 51 - A **FCA SAÚDE** só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da **MANTENEDORA**, nas seguintes hipóteses:

- I - em caso de fraude ao Plano ou dolo;**
- II - perda da qualidade de Titular;**
- III - perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;**
- IV - interrupção do pagamento das coparticipações, inclusive em função do atendimento de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência de sua inscrição.**

§ 1º - A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Titular à **FCA SAÚDE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

§2º - Eventual omissão, por parte do Titular, de informação que caracterize a inexistência ou a perda da condição de dependência, no ato da inscrição ou em época futura, implicará no cancelamento da inscrição e, ainda, na aplicação das penalidades de suspensão dos direitos ao **PLANO** ou exclusão do Titular e seus dependentes, além de ser devido o ressarcimento das eventuais despesas incorridas, a despeito de outras sanções a cargo da **FCA SAÚDE**.

§3º - Considera-se perda da qualidade de Beneficiário

- Titular: I - Falecimento;
- II - Demissão;
- III - Aposentadoria;
- IV - Evento ou ato que implique na suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporária, nos termos da previsão do estatuto;
- V - Decisão administrativa ou judicial;
- VI - Voluntariamente, por opção do Titular;
- VII - Outras situações previstas em Lei.

§1º - O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos de coparticipação.

§2º - Os Beneficiários excluídos do **PLANO** terão seus cartões de identificação recolhidos pelas **MANTENEDORAS**, que os devolverão à **FCA SAÚDE**.

Art. 52 - A exclusão do Beneficiário Titular, em razão do falecimento, implicará na exclusão de todos os seus Dependentes.

CAPÍTULO XV DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 53 - Caberá à **FCA SAÚDE**:

- I - Processar as inscrições dos Beneficiários de acordo com este Regulamento e atos complementares aprovados pela Diretoria Executiva;
- II - Cumprir o disposto neste Regulamento, visando sempre à preservação da vida, a prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde.

Art. 54 - Caberá a todos os Beneficiários:

- I - Conhecer, cumprir e fazer cumprir este Regulamento;
- II - Prestar esclarecimentos, submeter-se à perícia e permitir o acesso ao seu prontuário, quando solicitado pela **FCA SAÚDE**.

Art. 55 - Caberá ao Beneficiário Titular:

- I - Pagar os eventuais valores de coparticipação, por si e por seus Beneficiários Dependentes inscritos;
- II - Solicitar à **FCA SAÚDE** a inclusão ou exclusão de Dependentes, conforme critérios estabelecidos neste Regulamento.

Art. 56 - A composição e as atribuições dos órgãos da Administração da **FCA SAÚDE** estão dispostas no seu Estatuto, devendo ser observadas, para o disposto neste Regulamento.

Parágrafo Único – O Conselho Consultivo baixará Atos Normativos Complementares à execução deste Regulamento, que serão publicados pela **FCA SAÚDE**.

Art. 57 - Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste de condições, inclusive com possíveis reflexos no seu programa de custeio, observada a legislação em vigor.

§1º - Após análise e aprovação dos temas relativos a este instrumento jurídico pela ANS, o presente instrumento deverá ser revisto para contemplar as críticas e recomendações apontadas pelo órgão regulador.

§2º - Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

§3º - A **FCA SAÚDE** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do acordado.

§4º - Nenhuma responsabilidade caberá a FCA SAÚDE por atos culposos, dolosos ou acidentais que causem dano à saúde do Titular ou de seus Dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do Beneficiário.

Art. 58 - O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a FCA SAÚDE a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

Art. 59 - Os casos omissos e as dúvidas decorrentes da aplicação das regras presentes neste Regulamento serão dirimidos pela Diretoria Executiva da FCA SAÚDE, cabendo recurso ao Conselho Deliberativo.

Art. 60 - É parte integrante deste Regulamento, para todos os fins de direito, o Convênio de Adesão firmado pelas MANTENEDORAS, na forma da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS, alterada pela Resolução Normativa nº 148/07.

Art. 61 - O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à inteira disposição do Beneficiário na sede da FCA SAÚDE, para consulta e cópia, podendo ser acessado no site: www.ans.gov.br.

Art. 62 - Fica eleito como foro o domicílio do Beneficiário Titular para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.