

**Anexo à Resolução DIR BNDES nº 4.306 /2024, atualizada pela IS DIR1 Nº 003/2025 –
BNDES e pela IS DIR1 Nº 005/2025 - BNDES**

MINUTA DE DO REGULAMENTO DO NOVO PLANO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE

1	OBJETIVO	3
1.1	DO OBJETIVO	3
2	ABRANGÊNCIA E ESCOPO	3
2.1	DA ABRANGÊNCIA DO PLANO	3
3	DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.....	3
3.1	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	3
4	DOS BENEFICIÁRIOS.....	4
4.1	DO ROL DE BENEFICIÁRIOS.....	4
4.2	DA INSCRIÇÃO E MANUTENÇÃO DE DEPENDENTES	6
4.3	DA SUSPENSÃO E DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	6
4.4	DAS ALTERAÇÕES NA CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA	8
4.5	DO RECADASTRAMENTO DOS DEPENDENTES.....	8
5	DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	9
5.1	ASSISTÊNCIA À SAÚDE	9
6	DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	10
6.1	DA ASSISTÊNCIA	10
6.2	DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL.....	10
6.3	DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	12
6.4	DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	16
6.5	DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	20
6.6	DO SERVIÇO DE REMOÇÃO	22
6.7	DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	23
7	DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	24
7.1	EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	24
8	DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA	25
8.1	CARÊNCIA	25
9	DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	26
9.1	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	26

10	DA COBERTURA DAS DESPESAS	28
10.1	COBERTURA DAS DESPESAS	28
10.2	DO CÁLCULO DO VALOR DE REEMBOLSO E LIMITES DE PARTICIPAÇÃO	29
10.3	DA SOLICITAÇÃO E DO PAGAMENTO DO REEMBOLSO	30
11	DO MECANISMO DE REGULAÇÃO FINANCEIRA – COPARTICIPAÇÃO	32
11.1	COPARTICIPAÇÃO	32
12	DAS CONTRIBUIÇÕES	33
12.1	CONTRIBUIÇÕES	33
13	DAS FAIXAS ETÁRIAS	34
13.1	FAIXAS ETÁRIAS.....	34
14	DO REAJUSTE	34
14.1	REAJUSTE	34
15	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	35
15.1	DO DEDITADO	35
15.2	DO APOSENTADO	36
15.3	DAS DISPOSIÇÕES COMUNS.....	36
16	DAS PENALIDADES.....	37
16.1	PENALIDADES.....	37
17	DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	37
17.1	DISPOSIÇÕES FINAIS	37

1 OBJETIVO

1.1 DO OBJETIVO

1.1.1 O presente Regulamento tem por objetivo estabelecer as diretrizes e as coberturas do Novo Plano de Assistência e Saúde - “Novo PAS”, para a prestação continuada de serviços médicos, hospitalares com obstetrícia e odontológicos ou custeio de despesas assistenciais aos beneficiários(as) vinculados ao BNDES e seus dependentes, visando à prevenção da doença, à recuperação e à manutenção da saúde, conforme a seguir:

2 ABRANGÊNCIA E ESCOPO

2.1 DA ABRANGÊNCIA DO PLANO

2.1.1 O Novo PAS é um plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão, cujas regras para utilização dos benefícios encontram-se também nos Anexos a este Regulamento.

2.1.2 O Novo PAS destina-se exclusivamente aos(às) empregados(as) que ingressaram nos quadros do BNDES a partir de 19.03.2018, desde que não sejam beneficiários (as) de outro benefício de assistência à saúde custeado, ainda que parcialmente, pelo Patrocinador.

3 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1 DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1.1 A Fundação de Assistência e Previdência Social do BNDES - FAPES, nome fantasia FAPES, operadora de plano privado de assistência à saúde, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 00.397.695/0001-97, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 33.963-6 e classificada como autogestão com mantenedor, com estabelecimento na Avenida República do Chile nº 230, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, 20.031-170, opera o Novo Plano de Assistência e Saúde – “Novo PAS”.

3.1.2 O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, na qualidade de mantenedor, garante os riscos decorrentes da operação do Novo PAS por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor.

3.1.3 É patrocinador do Novo PAS o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, inscrito no CNPJ sob o nº 33.657.248/0001-89, com estabelecimento na Avenida República do Chile, nº 100, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-917.

3.1.4 O Novo Plano de Assistência e Saúde - NOVO PAS disciplinado neste Regulamento está registrado na ANS sob o nº 501.989/25-3 possuindo como Características Gerais:

- I. Tipo de contratação: coletivo empresarial;
- II. Segmentação assistencial: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica;
- III. Área geográfica de abrangência: nacional;
- IV. Padrão de acomodação em internação: individual;

- V. Formação do preço: preestabelecido com mensalidade e mecanismo de regulação financeira (coparticipação).

3.1.5 Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, o Novo PAS assegura serviços e coberturas adicionais, conforme disposto neste Regulamento e em seus Anexos.

4 DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 DO ROL DE BENEFICIÁRIOS

4.1.1 Observado o disposto no Item “2” deste Regulamento, podem ser considerados como beneficiários titulares do Novo PAS:

- I. os(as) empregados(as) do BNDES contratados(as) a partir de 19.03.2018;
- II. os(as) ex-empregados(as) que tenham adquirido benefício de aposentadoria pelo INSS (durante a vigência do vínculo empregatício) ou que tenham obtido benefício de complementação de aposentadoria junto à FAPES (após o término do vínculo empregatício) e não tenham sido despedidos por justa causa;
- III. os membros da Diretoria Executiva do BNDES, oriundos do quadro de carreira permanente;
- IV. os membros da Diretoria Executiva do BNDES, que não sejam oriundos do quadro de carreira permanente; e
- V. os cedidos ao BNDES não ocupantes de cargo estatutário que tenham renunciado aos planos de assistência e saúde de seus órgãos de origem.

4.1.1.1 A condição de beneficiário titular dos membros da Diretoria Executiva mencionados no item 4.1.1, IV, é condicionada à prévia aprovação pela Assembleia Geral de Acionistas (AGO), observados os limites por ela fixados.

4.1.1.2 Aos beneficiários titulares que, após a opção pela adesão ao plano, venham a ter o contrato de trabalho suspenso sob licença sem remuneração, será assegurado a readmissão no plano no prazo de 30 (trinta) dias, a contar de seu retorno à patrocinadora, com o restabelecimento das coberturas e sem a necessidade de cumprimento de carência ou de cobertura parcial temporária no caso de doença e/ou lesão preexistente.

4.1.1.3 O disposto no item 4.1.1.2 aplica-se também ao empregado cedido que tenha perdido a condição de beneficiário do plano em razão de opção, no curso da cessão, pelo correspondente benefício no órgão ou entidade de destino.

4.1.2 Podem ser considerados beneficiários dependentes, observado o disposto neste item e no Anexo I:

- I. cônjuge do(a) beneficiário(a) titular durante a constância da sociedade conjugal;
- II. o(a) filho(a) solteiro(a) do beneficiário(a) titular, desde que:

- a) menor de 18 (dezoito) anos; ou
 - b) maior de 18 (dezoito) e menor de 24 (vinte e quatro) anos regularmente matriculado(a) em estabelecimento de ensino médio, escola técnica, pré-vestibular ou de ensino superior ou, ainda, que esteja prestando serviço militar obrigatório; ou
 - c) inválido(a), assim considerado(a) aquele(a) que apresenta incapacidade e insuscetibilidade de reabilitação profissional, em caráter permanente, para o exercício de atividade capaz de garantir a subsistência e não receba benefício ou rendimento bruto mensal superior a 3 (três) salários-mínimos.
- III. o(a) enteado(a) solteiro(a) do(a) beneficiário(a) titular, desde que:
- a) seu(sua) genitor(a) esteja inscrito(a) como dependente do(a) beneficiário(a) titular na condição de cônjuge ou companheiro(a), assegurada a manutenção como beneficiário(a) dependente na hipótese de óbito de seu(sua) genitor(a) durante a constância da sociedade conjugal ou da união estável com o(a) beneficiário(a) titular; e
 - b) se enquadre nas hipóteses previstas nas alíneas *a*, *b* ou *c* do item 4.1.2 ,II;
- IV. o(a) menor de 18 (dezoito) anos e solteiro(a) que, em virtude de decisão judicial, esteja sob a guarda do(a) beneficiário(a) titular, e conste na declaração de Imposto de Renda do(a) beneficiário(a) titular como seu(sua) dependente, com exceção dos casos em que a guarda é concedida no ano de solicitação da inscrição; e
- V. o (a) companheiro(a) do(a) beneficiário(a) titular, independentemente da orientação sexual, desde que:
- a) ambos(as) sejam solteiros(as), separados(as) de fato ou judicialmente, divorciados(as) ou viúvos(as); e
 - b) não ocorram as situações de impedimento previstas nos incisos I a V e VII do art. 1.521 do Código Civil; e
 - c) mantenha com o(a) beneficiário(a) titular união pública e contínua, com objetivo de constituição de família, devidamente comprovado na forma estabelecida pelo Anexo I do presente Regulamento.
- 4.1.2.1 Será assegurada a inclusão:
- I. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do(a) beneficiário(a), com a isenção do cumprimento dos períodos de carência, e não cabendo nenhuma alegação de doença ou lesão pré-existente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; e
 - II. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo(a) beneficiário(a) adotante, observando as disposições contidas na regulamentação da ANS.
- 4.1.2.2 A inclusão dos beneficiários previstos no item 4.1.2.1 I, II fica condicionada à verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento.

4.2 DA INSCRIÇÃO E MANUTENÇÃO DE DEPENDENTES

4.2.1 A inscrição dos dependentes previstos neste Regulamento ocorre por requerimento do(a) beneficiário(a) titular, mediante a apresentação dos documentos necessários à comprovação dos requisitos exigidos, conforme descrito no Anexo I a este Regulamento.

4.2.1.1 A inscrição dos beneficiários dependentes fica condicionada à participação do(a) beneficiário(a) titular no Novo PAS e a manutenção deles fica condicionada ao pagamento das mensalidades e recadastramento anual.

4.2.1.2 Não é permitida a inscrição e/ou a manutenção de uma mesma pessoa como beneficiário(a) dependente de mais de um(a) beneficiário(a) titular.

4.2.1.3 Não é permitida a inscrição e/ou a manutenção simultânea de beneficiário(a) como titular e dependente.

4.2.1.4 Em nenhuma hipótese será permitido ao(a) beneficiário(a) titular inscrever ou manter concomitantemente mais de um(a) beneficiário(a) dependente na condição de cônjuge ou companheiro(a).

4.2.2 Compete à FAPES a apreciação e decisão sobre a inscrição e manutenção dos beneficiários dependentes dos beneficiários titulares no Novo PAS, cabendo-lhe verificar o cumprimento dos requisitos exigidos para ingresso ou permanência no Novo PAS e tomar as providências cabíveis, conforme regras descritas neste Regulamento e seus Anexos.

4.3 DA SUSPENSÃO E DA PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

4.3.1 O patrocinador poderá solicitar, mediante prévia comunicação à FAPES, a suspensão da cobertura ou a exclusão dos beneficiários, observada a legislação em vigor.

4.3.1.1 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos beneficiários titulares do Novo PAS, mediante comprovação inequívoca de que o titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 ou outra que vier a substituí-la.

4.3.2 A FAPES poderá excluir beneficiários, sem a anuência do patrocinador, nas seguintes hipóteses:

- I. Em se tratando de beneficiários titulares:
 - a) aqueles que estejam com seus contratos de trabalho com o patrocinador suspensos, exceto nos casos decorrentes de percepção de benefício previdenciário ou nos casos de ocupantes de cargos estatutários;
 - b) aqueles que tenham solicitado a rescisão do contrato de trabalho com o patrocinador e que não tenham adquirido benefício de aposentadoria pelo INSS ou de complementação de aposentadoria pela FAPES em decorrência do vínculo empregatício com o BNDES;
 - c) dispensados pelo patrocinador por justa causa;
 - d) cedidos ao patrocinador, após o término de suas cessões;

- e) aqueles que em virtude de uso indevido do plano estejam cumprindo as penalidades previstas neste Regulamento;
- II. Em se tratando de beneficiários dependentes:
- a) aqueles que deixem de preencher os requisitos inerentes a essa condição, bem como os não cadastrados;
 - b) vinculados ao(a) beneficiário(a) titular falecido(a), regularmente inscritos até a data do óbito, que não assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à FAPES a sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, bem como após 24 (vinte e quatro) meses da data do falecimento do(a) beneficiário(a) titular ou em data anterior, na hipótese de deixarem de preencher os requisitos inerentes à condição de dependente;
 - c) vinculados ao(a) beneficiário(a) titular que não faça mais jus aos benefícios do Novo PAS, nos termos deste Regulamento.
- 4.3.2.1 A exclusão de que trata o item 4.3.2 respeitará o direito de manutenção previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, quando aplicável.
- 4.3.2.2 Os beneficiários poderão, ainda, ser excluídos do Novo PAS em virtude de uso indevido ou de interrupção do pagamento das mensalidades e eventuais coparticipações devidas em função da inscrição do titular e de seus dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, a critério da FAPES, observada a regulamentação vigente aplicável.
- 4.3.2.3 A exclusão do beneficiário do plano por inadimplência ocorrerá mediante notificação prévia com antecedência mínima de 10 (dez) dias.
- 4.3.2.4 A notificação por inadimplência será realizada pela FAPES pelos meios admitidos pela regulamentação vigente da ANS, amplamente divulgados no Portal da Operadora, envolvendo: 1) correio eletrônico (e-mail) com certificado digital ou com confirmação de leitura, 2) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia de ponta a ponta, 3) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor e 4) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura do beneficiário, ou preposto da FAPES, com comprovante de recebimento assinado pelo beneficiário.
- 4.3.2.5 Para a realização da notificação por inadimplência, serão consideradas as informações disponíveis no cadastro do respectivo beneficiário no banco de dados da FAPES, fornecidas pelo patrocinador ou pelo beneficiário, cabendo a este o dever de manter as suas informações cadastrais completas e atualizadas junto à Operadora, sob pena de ter presumida a ciência, nos termos da regulamentação.

4.4 DAS ALTERAÇÕES NA CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA

4.4.1 Os beneficiários titulares devem comunicar formalmente à FAPES, apresentando os documentos comprobatórios, qualquer alteração referente aos seus dependentes, que modifique a condição de dependência no Novo PAS, no prazo de 30 (trinta) dias contados da ocorrência.

4.4.1.1 A ausência de comunicação e apresentação dos documentos comprobatórios no prazo estipulado no item 4.4.1 pode configurar má-fé e sujeitar o(a) beneficiário(a) titular à incidência das penalidades previstas neste Regulamento.

4.4.1.2 Caberá ao(a) beneficiário(a) titular ressarcir integralmente à FAPES o valor referente aos atendimentos prestados ao(a) ex-dependente, no período em que for mantido(a) indevidamente no plano, com correção monetária.

4.4.1.3 O ressarcimento previsto no item 4.4.1.2 será realizado por meio de boleto bancário, podendo, para o caso de empregados ativos, ser efetuado mediante desconto em folha, observados os limites legais, as demais disposições deste Regulamento, bem como a efetividade da medida.

4.4.1.4 Para fins de cancelamento da inscrição de cônjuge, deverá ser considerada a data de trânsito em julgado da sentença que decretou o divórcio ou a separação, conforme certificado nos autos pela serventia judicial, ou a data de comunicação de que trata o item 4.4.1, o que ocorrer primeiro.

4.4.1.5 Para fins de cancelamento da inscrição de companheiro(a), deverá ser considerada a data de dissolução da união estável, que deverá ser imediatamente informada pelo(a) beneficiário(a) titular.

4.4.2 A utilização dos benefícios do Novo PAS em desacordo com este Regulamento caracteriza uso indevido do plano de saúde e sujeita o(a) beneficiário(a) titular e respectivos dependentes às penalidades previstas neste Regulamento.

4.5 DO RECADASTRAMENTO DOS DEPENDENTES

4.5.1 Compete à FAPES promover, anualmente, o recadastramento dos dependentes inscritos, objetivando constatar a manutenção dos requisitos exigidos para cada condição. O período de recadastramento terá duração de 60 (sessenta) dias, sujeito a prorrogação em casos excepcionais.

4.5.1.1 O não recadastramento pelo(a) beneficiário(a) titular, no prazo estipulado, implicará a suspensão da utilização pelos dependentes de todos os benefícios descritos neste Regulamento, até a respectiva regularização.

5 DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

5.1.1 A assistência à saúde é ofertada aos beneficiários titulares e aos beneficiários dependentes, através do sistema de Livre Escolha, sujeita à autorização e limites e desde que observados os mecanismos de regulação, constantes neste Regulamento e em seus Anexos.

5.1.2 O Sistema de Livre Escolha possibilita aos beneficiários titulares e aos beneficiários dependentes a utilização dos serviços de profissionais e de pessoas jurídicas prestadoras de serviços de assistência à saúde mediante livre escolha.

5.1.2.1 O(a) beneficiário(a) responsabilizar-se-á pessoalmente, pelo pagamento integral das despesas decorrentes de atendimentos prestados a si e aos seus dependentes, as quais serão reembolsadas pela FAPES, na forma e limites estabelecidos neste Regulamento e seus respectivos anexos. As solicitações de reembolso caberão somente ao(à) beneficiário(a) titular.

5.1.2.2 A FAPES não custeará serviços executados:

- I. por profissional não habilitado junto ao respectivo conselho profissional;
- II. por pessoa jurídica não licenciada pela autoridade competente;
- III. que estejam fora do rol de procedimentos e eventos em saúde e não contemplados no presente Regulamento e em seus Anexos ou, ainda, em desconformidade com as orientações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

5.1.3 Os beneficiários titulares e dependentes também poderão utilizar a Rede Referenciada nacional, onde houver, que consiste no conjunto de médicos, laboratórios, clínicas, prontos-socorros e hospitais, opcionalmente colocados à disposição pela FAPES, para prestar o atendimento, observados os limites e condições definidos neste Regulamento e em seus Anexos.

5.1.3.1 A rede prestadora de serviços referenciada ao Novo PAS permanecerá disponível para consulta dos beneficiários no site eletrônico da FAPES.

5.1.3.2 Os serviços de diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados por médico assistente ou cirurgião-dentista, independentemente de pertencer à rede referenciada.

5.1.3.3 Na hipótese de que trata o item 5.1.3, o(a) beneficiário(a), no ato do atendimento, deve apresentar seu documento de identidade, junto com o Cartão Saúde virtual – Novo PAS, devendo observar, ainda, as regras estabelecidas nos Anexos II e III deste Regulamento quanto à concessão de autorização e cobertura das despesas.

5.1.3.4 Nos casos de utilização da rede referenciada, a FAPES efetuará o pagamento de todas as despesas cobertas diretamente ao prestador referenciado, não havendo o desembolso de qualquer valor no ato do atendimento.

6 DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1 DA ASSISTÊNCIA

6.1.1 A assistência à saúde garantida pelo Novo PAS é conforme o Rol dos Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à data do evento, bem como o disposto neste Regulamento, observadas as Diretrizes de Utilização – DUT e as Diretrizes Clínicas – DC editadas pelo órgão regulador, em vigor à época do evento, respeitados, ainda, os critérios estabelecidos nos anexos deste Regulamento, bem como a necessidade de solicitação pelo médico ou cirurgião dentista assistente, na forma da regulamentação da ANS.

6.1.2 A assistência à saúde compreende as coberturas e procedimentos descritos nos itens subseqüentes deste Regulamento, bem como em seus anexos, em regime domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, conforme a lista abaixo, desde que haja reconhecimento do método terapêutico pelos respectivos conselhos profissionais e observado o disposto no Rol dos Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS:

- I. assistência médica;
- II. assistência odontológica;
- III. assistência fisioterápica;
- IV. assistência fonoaudiológica;
- V. orientação nutricional;
- VI. assistência complementar, a título de cobertura adicional, observada a forma e condições expressamente estabelecidas neste Regulamento e seus Anexos; e
- VII. terapia ocupacional.

6.1.2.1 A assistência de que trata o item 6.1.2 é prestada com fins de diagnóstico e/ou tratamento das doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças - CID, em regime domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, visando à prevenção da doença e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde.

6.1.2.2 Estão excluídas quaisquer coberturas e procedimentos e eventos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e não garantido expressamente pelo presente Regulamento e seus Anexos

6.2 DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

6.2.1 A assistência à saúde em regime ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento, bem como neste Regulamento e seus anexos e desde que observados os mecanismos de regulação, abrangendo:

- I. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento para o segmento ambulatorial, ou neste Regulamento e em seus Anexos, e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- III. consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, desde que solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o estabelecido no Anexo III deste Regulamento;
- IV. consultas com nutricionista, enfermeiro obstétrico e obstetrix, de acordo com o número estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento e nas Diretrizes de Utilização (DUT), quando for o caso, desde que solicitadas pelo médico assistente, com o estabelecido no Anexo III deste Regulamento;
- V. procedimentos de reeducação e reabilitação física, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, de acordo com o estabelecido no Anexo III deste Regulamento;
- VI. hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- VII. 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, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;
- VIII. 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, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- IX. procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- X. 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;
- XI. hemoterapia ambulatorial; e

XII. cirurgias oftalmológicas, conforme estabelecido no Anexo III deste Regulamento.

6.2.1.1 Para os fins do item 6.2.1, VIII, adjuvantes são medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento de câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

6.3 DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

6.3.1 Compreendem-se na assistência à saúde em regime hospitalar com obstetrícia os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar.

- I. internações hospitalares, em todas as suas modalidades, inclusive em centro de terapia intensiva, sem limitação de prazo, valor ou quantidade, a critério do médico assistente;
- II. sala de cirurgia, de parto, unidade de recuperação, berçário e incubadora;
- III. curativos, aparelhos de gesso, talas, fundas, ataduras, respiradores, monitores e outros controladores vitais, enquanto perdurar a internação;
- IV. locação de aparelhos com finalidade médica;
- V. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
- VI. atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
 - a) o atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
 - b) no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou neste Regulamento e em seus anexos.
- VII. exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de materiais, 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;
- VIII. remoção do paciente, nas hipóteses previstas na legislação vigente;
- IX. procedimentos ambulatoriais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação hospitalar, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

- b) hemoterapia;
 - c) quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - d) medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
 - e) procedimentos radioterápicos;
 - f) nutrição parenteral ou enteral;
 - g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - 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.
- X. taxa de internação, taxa de enfermagem e outras taxas hospitalares;
 - XI. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do(a) beneficiário(a), contemplada na diária hospitalar;
 - XII. órteses, próteses e materiais especiais – OPME, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, observado o disposto na regulamentação da ANS aplicável, inclusive quanto aos critérios para dirimir divergência técnico-assistencial;
 - XIII. 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;
 - XIV. estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, requeiram 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;
 - XV. o imperativo clínico caracteriza-se pela situação em que um procedimento requer suporte hospitalar, em razão de necessidade ou condição clínica do(a) beneficiário(a), com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes de uma intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente, observadas as seguintes regras:

- a) o cirurgião dentista assistente e/ou 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(a) beneficiário(a), 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 serão limitados à cobertura odontológica prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.
- XVI. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de tratamento de câncer;
- XVII. cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento;
- XVIII. 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) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor 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(a) beneficiário(a) receptor(a);
 - b) medicamentos utilizados durante a internação;
 - c) acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), 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;
 - d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao(à) beneficiário(a) receptor(a).
 - e) os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente.
- 6.3.1.1 o(a) beneficiário(a) candidato(a) a transplante de órgãos e tecidos 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;
- 6.3.1.2 as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes 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;
- 6.3.1.3 são competências privativas das CNCDO's, 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.

- XIX. procedimentos relativos ao acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério;
- XX. 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, entendido como o período que abrange até 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério do médico ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- XXI. assistência ao recém-nascido, filho(a) natural ou adotivo(a) do(a) beneficiário(a) titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
- XXII. o Hospital-dia (HD) é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. Para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, o Hospital-dia é indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 horas (Portaria nº 44/GM/2001).

6.3.2 Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados os seguintes critérios:

- I. o atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico sempre que houver indicação do médico assistente;
- II. haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento necessários ao atendimento de portadores de transtornos mentais e de dependência química, inclusive para o tratamento das lesões auto-infligidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio;
- III. haverá cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento.
- IV. Nos casos de internação decorrentes de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 30% (trinta por cento) incidente sobre o valor dos serviços utilizados, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do(a) beneficiário(a), não cumulativos, observado o teto anual de coparticipação por beneficiário(a) titular vigente.

6.3.2.1 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(a) beneficiário(a) a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

6.3.3 O presente Regulamento garante, ainda:

- I. atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 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 e sedação, caso haja indicação do profissional assistente;
- III. equipe necessária à realização do procedimento, incluindo os profissionais de instrumentação cirúrgica e anestesia, quando houver sua participação, caso haja indicação do profissional assistente;
- IV. taxas, materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, observado o disposto na regulamentação;
- V. procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI. remoção, manutenção ou substituição, quando necessário, 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, conforme indicação do profissional assistente.

6.4 DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

6.4.1 A assistência odontológica garante todas as coberturas e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes na data do evento e desde que observados os mecanismos de regulação, conforme a relação a seguir:

- I. Procedimentos de diagnóstico:
 - a) Consulta odontológica;
 - b) Consulta odontológica inicial;
 - c) Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria;
 - d) Condicionamento em odontologia;
 - e) Teste de fluxo salivar;
 - f) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
 - g) Teste de PH salivar (acidez salivar).

- h) Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.
- II. Procedimentos de radiologia:
 - a) Radiografia periapical;
 - b) Radiografia interproximal - bite-wing;
 - c) Radiografia oclusal;
 - d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia);
 - e) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico/periapical completo).
- III. Procedimentos de prevenção em saúde bucal:
 - a) Atividade Educativa em saúde bucal;
 - b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 - c) Aplicação Tópica de Flúor;
 - d) Aplicação tópica de verniz fluoretado;
 - e) Profilaxia – polimento coronário;
 - f) Aplicação de selante;
 - g) Dessensibilização dentária;
 - h) Remineralização dentária;
 - i) Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.
- IV. Procedimentos de dentística:
 - a) Aplicação de carióstático;
 - b) Adequação do meio bucal;
 - c) Restauração em amálgama;
 - d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
 - e) Núcleo de preenchimento;
 - f) Ajuste oclusal;
 - g) Restauração em ionômero de vidro;
 - h) Restauração em resina fotopolimerizável;
 - i) Restauração temporária / tratamento expectante;
 - j) Tratamento restaurador atraumático;
 - k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).
- V. Procedimentos de periodontia:
 - a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
 - b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;

- c) Imobilização dentária;
- d) Gengivectomia/gengivoplastia;
- e) Aumento de coroa clínica;
- f) Cunha proximal;
- g) Cirurgia periodontal a retalho;
- h) Tratamento de abscesso periodontal;
- i) Enxerto gengival livre;
- j) Enxerto pediculado.

VI. Procedimentos de endodontia:

- a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- b) Pulpotomia;
- c) Remoção de corpo estranho intracanal;
- d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
- f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- i) Remoção de núcleo intra-canal;
- j) Remoção de peça/trabalho protético.

VII. Procedimentos de cirurgia:

- a) Alveoloplastia;
- b) Amputação Radicular com Obturação Retrógrada;
- c) Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada;
- d) Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada;
- e) Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada;
- f) Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada;
- g) Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada;
- h) Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada;
- i) Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada;
- j) Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo;
- k) Biópsia de Boca;
- l) Biópsia de Glândula Salivar;

- m) Biópsia de Lábio;
- n) Biópsia de Língua;
- o) Biópsia de Mandíbula/Maxila;
- p) Bridectomia;
- q) Bridotomia;
- r) Cirurgia Exostose Maxilar;
- s) Cirurgia para Torus Mandibular;
- t) Cirurgia para Torus Palatino;
- u) Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial;
- v) Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial;
- w) Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila;
- x) Exérese de Rânula ou Mucocele;
- y) Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar;
- z) Exérese ou Excisão de Mucocele;
- aa) Exérese ou Excisão de Rânula;
- bb) Exodontia a Retalho;
- cc) Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética;
- dd) Exodontia de Raiz Residual;
- ee) Exodontia Simples de Decíduo;
- ff) Exodontia Simples de Permanente;
- gg) Frenotomia/Frenulotomia Labial;
- hh) Frenotomia/ Frenulotomia Lingual;
- ii) Frenulectomia Labial;
- jj) Frenulectomia Lingual;
- kk) Odonto-Secção;
- ll) Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Salivar;
- mm) Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial;
- nn) Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial;
- oo) Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária;
- pp) Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária;
- qq) Remoção de Dentes Inclusos/Impactados;
- rr) Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados;

- ss) Remoção de Dreno Extraoral;
- tt) Remoção de Dreno Intraoral;
- uu) Remoção de Odontoma;
- wv) Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasal;
- ww) Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal;
- xx) Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial;
- yy) Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial;
- zz) Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial;
- aaa) Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos;
- bbb) Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial;
- ccc) Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução;
- ddd) Ulectomia;
- eee) Ulotomia.

VIII. Procedimentos de prótese dental:

- a) Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- d) Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
- e) Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética;
- f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui peça protética
- g) Reembasamento de coroa provisória.

IX. Procedimentos de ortodontia, a título de cobertura adicional, observada a forma e condições expressamente estabelecidas neste Regulamento e seus Anexos;

X. Procedimentos de implantodontia, a título de cobertura adicional, observada a forma e condições expressamente estabelecidas neste Regulamento e seus Anexos.

6.5 DOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.5.1 São garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observados a legislação pertinente e os seguintes conceitos:

- I. atendimento de urgência: evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

- II. atendimento de emergência: evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- III. atendimento de urgência/emergência odontológico:
 - a) Colagem de Fragmentos Dentários;
 - b) Consulta Odontológica de Urgência;
 - c) Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial;
 - d) Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial;
 - e) Incisão e Drenagem Extraoral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial;
 - f) Incisão e Drenagem Intraoral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial;
 - g) Imobilização Dentária em Dentes Decíduos;
 - h) Imobilização Dentária em Dentes Permanentes;
 - i) Recimentação de Peça/Trabalho Protético;
 - j) Redução de Luxação da Atm;
 - k) Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção;
 - l) Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial;
 - m) Tratamento de Abscesso Periodontal;
 - n) Tratamento de Alveolite;
 - o) Tratamento de Odontalgia Aguda.

6.5.1.1 A FAPES assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo(a) beneficiário(a) com assistência à saúde nos atendimentos de urgência ou de emergência realizados em todo território nacional.

6.5.2 Será garantida a cobertura dos 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 (vinte e quatro) horas da adesão do(a) beneficiário(a) ao Novo PAS;
- II. depois de cumprida a carência 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 do período 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 cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, 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 do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, 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.

6.5.2.1 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

6.6 DO SERVIÇO DE REMOÇÃO

6.6.1 É garantido o serviço de remoção de beneficiários do Novo PAS, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

- I. entre estabelecimentos hospitalares:
 - a) de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado dentro da área de atuação do Novo PAS, para hospital referenciado ao plano;
 - b) de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não referenciado, localizado dentro da área de atuação do Novo PAS, para hospital referenciado ao plano;
 - c) de hospital ou serviço de pronto-atendimento referenciado para outro hospital referenciado ao plano, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao(a) beneficiário(a) na unidade de saúde de origem;
 - d) de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não referenciado ao plano, para hospital referenciado, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do Novo PAS e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme a legislação vigente.

6.6.2 Será garantida a cobertura da remoção para unidade de atendimento da rede referenciada, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade de origem para continuidade da atenção ao paciente.

6.6.3 Será garantida a cobertura da remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do(a) beneficiário(a) estar cumprindo período de carência para internação.

6.6.3.1 Também será garantida a cobertura da remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

6.6.3.2 Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. quando não possa haver remoção por risco de vida, o(a) beneficiário(a) e o prestador deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a FAPES, desse ônus;
- II. caberá à FAPES 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 FAPES 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 item 6.6.3.2, II, a FAPES estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

6.7 DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

6.7.1 A assistência à saúde em regime domiciliar compreende a prestação de serviços, nas modalidades de atendimento domiciliar e de internação domiciliar, conforme definido nos itens 6.7.2 e 6.7.4, e, ainda, a aquisição, locação, reposição de peças ou conserto de aparelhos com finalidade médica e de mobiliários hospitalares.

6.7.2 O atendimento domiciliar possui caráter pontual e terá cobertura, quando estiver indicada a realização da continuidade ao tratamento recebido durante internação hospitalar, e impossibilidade de utilizar o serviço na rede referenciada, ou seja, em pacientes que comprovem impossibilidade de atendimento ambulatorial e que não necessitem de hospitalização.

6.7.3 O atendimento domiciliar está condicionado à prévia avaliação da FAPES, com base em parecer técnico, concedido por prazo determinado, passível de prorrogação. A concessão da autorização não exime a família da responsabilidade pelos cuidados diretos com o paciente e pela disponibilização da infraestrutura necessária para a devida acomodação de equipamentos, aparelhos hospitalares e recursos humanos, que sejam necessários para a prestação do serviço solicitado.

6.7.4 A internação domiciliar que compreende o serviço prestado por período de tempo determinado, por instituição especializada e autorizada pela FAPES, que disponha de equipe multidisciplinar de saúde, em continuidade ao tratamento recebido durante a internação hospitalar, até a estabilização do quadro clínico que a originou, terá cobertura, quando estiver indicada a continuidade do tratamento terapêutico, de pacientes que precisam permanecer

internados, cujo estado clínico-cirúrgico e o tipo de cuidados necessários, não exigirem mais o suporte da estrutura hospitalar, e permitirem a continuidade do tratamento, com a possibilidade de a execução do serviço ser realizada com segurança, no domicílio, exclusivamente, por profissional técnico.

6.7.5 A internação domiciliar está condicionada à prévia avaliação da FAPES, com base em parecer técnico, concedido por prazo determinado, passível de prorrogação.

6.7.6 Não será autorizada a concessão da assistência domiciliar, aos pacientes portadores de doenças crônicas e sequelas, mesmo com dependência total ou parcial para as atividades da vida diária, que não tenham indicação médica para internação hospitalar.

7 DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1 EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1.1 Em conformidade com o que prevê a legislação aplicável e respeitando-se as coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento, estão excluídas da cobertura do Novo PAS as despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e seus Anexos e os provenientes de:

- I. procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e que não estejam expressamente previstos neste Regulamento e em seus Anexos;
- II. procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia da FAPES, realizados sem atendimento às condições previstas neste Regulamento e seus Anexos;
- III. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados e não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento, e, ainda, aquele que faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde;
- IV. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, entendidos como 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. cirurgia plástica estética não reparadora, nos termos descritos neste Regulamento e seus Anexos;
- VI. 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;
- VII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- VIII. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, sem registro vigente na ANVISA;
- IX. 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;
- X. 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;
- XI. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XII. orientações vocacionais;
- XIII. especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XIV. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XV. serviços de enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XVI. cirurgia para mudança de sexo;
- XVII. avaliação pedagógica;
- XVIII. exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XIX. tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XX. atendimentos prestados antes do início da vigência do Regulamento, do início da vigência da adesão do(a) beneficiário(a) ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições deste Regulamento e seus anexos.

8 DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

8.1 CARÊNCIA

8.1.1 Não será exigido o cumprimento de períodos de carência para a garantia das coberturas previstas neste instrumento aos(às) beneficiários(as) regularmente inscritos(as) no prazo de 30 (trinta) dias, contados do ingresso do(a) beneficiário(a) no patrocinador ou da disponibilidade do Novo PAS ao(à) beneficiário(a).

8.1.1.1 Caso o patrocinador venha a permitir o ingresso de beneficiário(a) fora do prazo contemplado no item 8.1.1, o(a) novo(a) inscrito(a) poderá sujeitar-se aos seguintes períodos de carência:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e/ou emergência;
- II. 300 (trezentos) dias para os casos de parto a termo;

III. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

8.1.2 Os prazos de carência serão contados a partir do processamento da adesão do(a) beneficiário(a) ao Novo PAS, devendo ser observados também na hipótese de reingresso do(a) beneficiário(a), ressalvado o disposto nos itens 4.1.1.2 e 4.1.1.3.

9 DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

9.1 DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

9.1.1 Não será aplicada a cobertura parcial temporária (CPT) ou o agravo no caso de doenças e lesões pré-existentes, garantindo-se integralmente as coberturas, na forma prevista neste instrumento, aos(às) beneficiários(as) regularmente inscritos(as) no prazo de 30 (trinta) dias, contados do ingresso do(a) beneficiário(a) no patrocinador ou da disponibilidade do Novo PAS ao(à) beneficiário(a).

9.1.2 Caso o patrocinador venha permitir o ingresso de beneficiário(a) fora do prazo contemplado no item anterior, o(a) novo(a) inscrito(a) poderá sujeitar-se ao preenchimento do formulário de declaração de saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época da adesão ao presente regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à exclusão do Novo PAS, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

9.1.2.1 Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o(a) beneficiário(a) ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

9.1.2.2 Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao(à) beneficiário(a).

9.1.2.3 O(A) beneficiário(a) tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede referenciada pela FAPES, sem qualquer ônus para o(a) beneficiário(a).

9.1.2.4 Caso o(a) beneficiário(a) opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da FAPES, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

9.1.2.5 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o(a) beneficiário(a) para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o(a) beneficiário(a) saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

9.1.2.6 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no(a) beneficiário(a) pela FAPES, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

9.1.3 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do(a) beneficiário(a), a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a FAPES oferecerá a cobertura parcial temporária.

9.1.4 A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

9.1.5 A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

9.1.5.1 As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela FAPES por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela FAPES para definição dos eventos que terão cobertura parcial temporária.

9.1.6 Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no portal – www.ans.gov.br.

9.1.7 Exercendo prerrogativa legal, a FAPES não optará pelo fornecimento do Agravo.

9.1.8 Identificado indício de fraude por parte do(a) beneficiário(a), referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a FAPES deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao(à) beneficiário(a) através de Termo de Comunicação ao(à) beneficiário(a) e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do(a) beneficiário(a) à cobertura parcial temporária.

9.1.8.1 Instaurado o processo administrativo na ANS, à FAPES caberá o ônus da prova.

9.1.8.2 A FAPES poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do(a) beneficiário(a) sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

9.1.8.3 A ANS efetuará o julgamento administrativo da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

9.1.8.4 Se solicitado pela ANS, o(a) beneficiário(a) deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

9.1.8.5 Após julgamento, e acolhida a alegação da FAPES, pela ANS, o(a) beneficiário(a) passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos e que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela FAPES, bem como será excluído do Novo PAS.

9.1.8.6 Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão do Novo PAS até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

10 DA COBERTURA DAS DESPESAS

10.1 COBERTURA DAS DESPESAS

10.1.1 O Novo PAS, objeto do presente Regulamento, será custeado em regime de preço pré-estabelecido, nos termos da RN ANS 543, de 02.09.2022 da ANS e alterações posteriores.

10.1.2 Em caso de atendimento médico sujeito à prévia autorização da FAPES, não serão cobertas, pelo Novo PAS, as despesas realizadas sem a devida autorização.

10.1.2.1 Aplica-se o disposto no item 10.1.2 aos procedimentos listados no Anexo III deste Regulamento, realizados na Rede Referenciada ou no Sistema de Livre Escolha.

10.1.2.2 Aplica-se o disposto no item 10.1.2 igualmente aos procedimentos que necessitem de perícia médica ou auditoria odontológica prévia para a sua realização.

10.1.2.3 Nos casos de urgência ou emergência, o Novo PAS efetuará a cobertura das despesas, independente de autorização prévia da FAPES, exigindo-se apenas a justificativa do médico ou do cirurgião-dentista, observando o disposto no Anexo III deste Regulamento.

10.1.2.4 A FAPES poderá dispensar a autorização prévia para exames complementares e procedimentos odontológicos, em situações específicas indicadas no respectivo sítio eletrônico (www.fapes.com.br) ou informadas diretamente na Central de Atendimento da Fundação.

10.1.3 Nos procedimentos condicionados à autorização prévia da FAPES, é garantido ao(a) beneficiário(a) atendimento pelo profissional avaliador, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior, quando caracterizada urgência e emergência.

10.1.3.1 Em caso de divergência médica/odontológica quanto à concessão da autorização prévia, inclusive quanto às definições sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, é assegurada a instauração de junta médica/odontológica para definição do impasse, a ser constituída: pelo profissional solicitante do

procedimento ou nomeado pelo(a) beneficiário(a); por médico ou cirurgião-dentista da FAPES e por um terceiro. Este último deverá ser escolhido de comum acordo pelos demais profissionais integrantes da referida junta, ficando a sua remuneração a cargo do Novo PAS.

10.1.3.2 Os requisitos e procedimentos para instauração da junta acima mencionada será conforme disposto na regulamentação vigente.

10.2 DO CÁLCULO DO VALOR DE REEMBOLSO E LIMITES DE PARTICIPAÇÃO

10.2.1 No Sistema de Livre Escolha, o reembolso será realizado mediante a incidência dos percentuais indicados na Tabela em anexo, observados os limites estabelecidos neste Regulamento e seus anexos.

10.2.1.1 O valor de reembolso das despesas assistenciais provenientes do Sistema de Livre Escolha não será inferior ao praticado diretamente na Rede Referenciada e não será superior aos limites fixados na tabela de teto reembolso divulgada pela FAPES no Portal da FAPES (www.fapes.com.br).

10.2.1.2 As tabelas utilizadas para o cálculo do valor do reembolso estão registradas em cartório, estando também disponíveis na sede da FAPES e no Portal da FAPES (www.fapes.com.br). As revisões nas referidas tabelas são anuais, considerando que seus valores não podem ser inferiores aos praticados com a rede. E devem ser validados pela FAPES.

10.2.1.3 Para fins deste Regulamento, o valor das “unidades de serviço” - US, em que são expressas as remunerações contratuais, será reajustado sempre que julgado necessário mediante proposta da FAPES, de forma a que os valores de reembolso praticados no Sistema de LIVRE ESCOLHA não sejam inferiores aos valores praticados para prestação do mesmo serviço na Rede Referenciada.

10.2.1.4 Os limites aplicáveis aos serviços de assistência odontológica e com assistência complementar, previstos neste Regulamento e seus Anexos, observarão as tabelas vigentes e divulgadas pela FAPES, por beneficiário(a) titular e seus dependentes, considerados isoladamente, a cada período de 12 (doze) meses contados a partir de 1º de outubro.

10.2.1.5 O limite de participação aplicável aos tratamentos ortodônticos será limitada a 2800 (duas mil e oitocentas) US, quando o tratamento for realizado por aparelho fixo, e a 3400 (três mil e quatrocentas) US em caso de aparelho móvel, utilizados concomitantemente, limitados por beneficiário(a) titular e seus dependentes, considerados isoladamente e durante todo o tempo de vinculação ao plano. Atingido esse limite, o Novo PAS não participará das despesas com novos tratamentos referentes à mesma pessoa.

10.2.1.6 A participação do Novo PAS nas despesas com serviços de assistência odontológica não ultrapassará, a cada período de 12 (doze) meses, contados a

partir de 1º de outubro, 2000 (duas mil) US por beneficiário(a) titular e seus dependentes, considerados isoladamente, à exceção dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para os quais não há limite de despesa.

10.2.1.7 As dúvidas relativas ao reembolso e aos limites de participação do Novo PAS podem ser esclarecidas pelo(a) beneficiário(a) diretamente nos canais de Atendimento ou no Portal da FAPES na internet: www.fapes.com.br.

10.2.2 Nas despesas com serviços de assistência complementar, a participação do Novo PAS não excederá aos seguintes limites, por beneficiário(a) titular e seus dependentes, considerados isoladamente:

- I. a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro, a 500 (quinhentas) US para lentes e a 1700 (hum mil e setecentas) US para aparelhos auditivos;
- II. a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro, a 400 (quatrocentas) US para botas e palmilhas.

10.2.3 Os valores de reembolso no Sistema de Livre Escolha previstos no item 10.2.1 aplicam-se, também, ao(a) beneficiário(a) vinculado(a) a outro plano de saúde.

10.2.3.1 Cumpre ao(a) beneficiário(a) titular reembolsar à FAPES a parcela excedente, na hipótese de vir a receber de outra operadora de saúde, importância que, somada à coberta pelo Novo PAS, ultrapasse o valor de cada comprovante de despesa por ele(a) apresentado à FAPES.

10.2.3.2 O(A) beneficiário(a) titular deve apresentar à FAPES, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da solicitação do reembolso, comprovante emitido pela operadora do outro plano de saúde, contendo o valor efetivamente ressarcido.

10.2.3.3 Enquanto não atendido o disposto nos itens 10.2.3.1 e 10.2.3.2, ficam suspensos os benefícios previstos neste Regulamento.

10.3 DA SOLICITAÇÃO E DO PAGAMENTO DO REEMBOLSO

10.3.1 O reembolso de despesas com serviços de assistência à saúde para beneficiário(a) titular ou beneficiário(a) dependente regularmente inscrito(a) na data do atendimento deve ser solicitado diretamente nos canais de Atendimento ou no Portal da FAPES na internet: www.fapes.com.br pelo(a) beneficiário(a) titular no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data da emissão dos respectivos comprovantes de despesas.

10.3.1.1 Aplica-se também o disposto no item 10.3.1 aos beneficiários dependentes vinculados a beneficiário(a) titular falecido(a), inclusive os definidos no item 4.3.2, II, b.

10.3.1.2O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os critérios descritos nos itens 10.2.1 e 10.2.2 deste Regulamento.

10.3.1.3O reembolso será pago aos beneficiários no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a entrega da documentação adequada.

10.3.1.4O prazo mencionado no item 10.3.1.3 será contado a partir da apresentação dos comprovantes de despesas originais emitidos em papel timbrado ou carimbado, contendo as seguintes informações:

- I. nome e endereço do prestador do serviço;
- II. registro no órgão de classe;
- III. inscrição no CPF ou CNPJ;
- IV. discriminação da natureza do serviço prestado;
- V. valor correspondente a cada serviço;
- VI. data do atendimento;
- VII. nome da pessoa atendida;
- VIII. nome de quem efetuou o pagamento;
- IX. quantidade de consultas ou sessões e datas em que foram realizadas, se for o caso;
- X. discriminação detalhada do serviço, preços unitários e material utilizado, em se tratando de assistência odontológica;
- XI. a respectiva autorização anexada ao comprovante, se for o caso.

10.3.1.5O reembolso será concedido por crédito em conta corrente do beneficiário(a) titular pela FAPES.

10.3.2 Para fins de ressarcimento à FAPES, os valores devidos serão restituídos com correção monetária, por meio de boleto bancário ou realização de depósito do valor correspondente em conta corrente da FAPES, podendo, para o caso de empregados ativos, ser efetuado mediante desconto em folha, observados os limites legais, bem como a efetividade da medida.

10.3.2.1No caso de impossibilidade de desconto nas folhas mencionadas no item 10.3.2, o(a) beneficiário(a) titular deverá realizar o depósito do valor correspondente em conta corrente da FAPES ou efetuar pagamento do boleto bancário emitido pela FAPES.

10.3.3 Quando o(a) beneficiário(a) fizer jus ao reembolso previsto neste Capítulo, também serão devidos os valores de coparticipação descritos neste Regulamento.

10.3.4 Eventuais créditos a serem recebidos pelo(a) beneficiário(a) serão compensados com débitos para o Novo PAS.

11 DO MECANISMO DE REGULAÇÃO FINANCEIRA – COPARTICIPAÇÃO

11.1 COPARTICIPAÇÃO

11.1.1 O(A) beneficiário(a) deve arcar com coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre os custos dos seguintes procedimentos cobertos pelo Novo PAS, exceto quando realizados em regime de internação hospitalar ou hospital-dia (day-clinic) ou ainda quando prescritos no âmbito do Programa Saúde da Família, conforme previsto no Anexo IV, limitada a participação anual do titular, incluindo os seus dependentes, ao valor anual de R\$ 5.760,00 (cinco mil setecentos e sessenta reais) que deverão ser reajustados na mesma época e com mesmo percentual de reajuste das mensalidades.

- I. consultas;
- II. procedimentos ambulatoriais;
- III. eventos de diagnose que não estejam vinculados a internação hospitalar;
- IV. eventos de terapia que não estejam vinculados a internação hospitalar; e
- V. procedimentos odontológicos.

11.1.1.1 Entende-se como eventos de diagnose o conjunto de procedimentos realizados com objetivo de esclarecer o agente causal de uma determinada patologia ou condição de saúde.

11.1.1.2 Entende-se como eventos de terapia os recursos utilizados para tratamento de uma determinada patologia ou condição de saúde.

11.1.1.3 No caso de internação psiquiátrica, haverá coparticipação na forma prevista neste Regulamento.

11.1.2 Não é devida cobrança de coparticipação para:

- I. eventos de diagnose e terapia vinculados a internação hospitalar;
- II. eventos prescritos ou realizados no âmbito do Programa Saúde da Família, desde que realizados na rede referenciada;
- III. quimioterapia;
- IV. radioterapia;
- V. hemodiálise;
- VI. diálise;
- VII. transfusão de sangue, assim como o processamento, honorários médicos e exames vinculados;
- VIII. procedimentos realizados sob regime de day-clinic (hospital-dia);
- IX. tratamentos sem internação que utilizem sala cirúrgica de médio ou grande porte;
- X. oxigenoterapia hiperbárica;

- XI. medicamentos de alto custo previstos no Rol da ANS; e
- XII. procedimentos realizados em regime domiciliar de que trata o item 6.7.

11.1.3 Nos casos de inadimplência do(a) beneficiário(a), será acrescido, ao valor em atraso devido ao Novo PAS, multa moratória de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, computados até a data do pagamento, sem prejuízo da correção monetária.

12 DAS CONTRIBUIÇÕES

12.1 CONTRIBUIÇÕES

12.1.1 O plano de custeio previsto no Anexo V conterá todas as especificações relativas às contribuições mensais a cargo dos(as) beneficiários(as), bem como aos valores de responsabilidade do patrocinador, e integrará este Regulamento para todos os fins de direito.

12.1.2 A contribuição é o valor pago pelo(a) beneficiário(a), inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parcela da contraprestação pecuniária do Novo PAS. A contribuição mensal ao Novo PAS é devida com base nos seguintes parâmetros:

- I. 50% da contraprestação pecuniária do Novo PAS, calculada por faixa etária. Para cálculo da referida parcela paritária, consideram-se os valores desembolsados como coparticipação paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica; e
- II. As tabelas de custos por faixa etária dos beneficiários inscritos no Novo PAS, será apresentada e divulgada no site da FAPES (www.fapes.com.br), tendo em vista a Resolução Normativa nº 488, de 29 de março de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

12.1.3 Os valores das contribuições mensais e da coparticipação devidos pelo(a) beneficiário(a) titular/responsável financeiro, em razão de sua inscrição e de dependentes vinculados no Novo PAS, serão pagos por meio de desconto em folha de pagamento ou de benefícios, cabendo, quando for o caso, ao patrocinador efetuar o referido desconto e repassar à FAPES, até o 5º dia útil do mês subsequente, juntamente com os valores de sua responsabilidade.

12.1.3.1 Na impossibilidade de desconto em folha de pagamento ou de benefícios e/ou a critério da FAPES, o(a) beneficiário(a) titular/responsável financeiro deverá efetuar o pagamento dos valores devidos ao Novo PAS, por si e seus dependentes, através de boleto bancário até o dia 15 do mês subsequente. O pagamento através de crédito em conta somente poderá ocorrer após autorização prévia da FAPES.

12.1.3.2 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos ao Novo PAS serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito, sem prejuízo da correção monetária.

12.1.4 A adesão ao Novo PAS implica autorização automática para os descontos de contribuições e coparticipações em folha de pagamento ou de benefícios.

13 DAS FAIXAS ETÁRIAS

13.1 FAIXAS ETÁRIAS

13.1.1 As contribuições mensais devidas ao Novo PAS foram fixadas em função da idade do(a) beneficiário(a) inscrito(a), conforme definido no plano de custeio, previsto no Anexo V do presente Regulamento.

13.1.1.1 Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as contribuições serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do(a) beneficiário(a), pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

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

13.1.1.3 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observando as seguintes condições:

- I. o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. a variação acumulada entre a 7^a (sétima) e a 10^a (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1^a (primeira) e a 7^a (sétima) faixas.
- III. as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

13.1.1.4 Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso, não será aplicado reajuste por faixa etária ao(à) beneficiário(a) com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual previsto neste Regulamento.

14 DO REAJUSTE

14.1 REAJUSTE

14.1.1 O custeio do Novo PAS será revisto, anualmente, no momento da aplicação do reajuste financeiro considerando a inflação do período e aprovado pela FAPES, que fixará as contraprestações pecuniárias e as coparticipações a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

- I. aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;
- II. aumento imprevisível dos custos médicos e hospitalares, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições mensais do Novo PAS;
- III. alteração sensível na composição do grupo inscrito no Novo PAS.

14.1.2 Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao custeio do Novo PAS deverão ser comunicados à ANS e aos(às) beneficiários(as), nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor.

14.1.3 Independentemente da data de adesão do(a) beneficiário(a), as contribuições mensais e as coparticipações terão o primeiro reajuste integral no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do custeio, entendendo esta como data base única.

14.1.4 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

14.1.5 Além da modalidade de reajuste prevista neste Capítulo, deverão ser observadas as regras de reajuste por faixa etária previstas neste Regulamento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do(a) beneficiário(a).

14.1.6 Para os casos em que seja obrigatória a adoção de pool de risco, em virtude de cumprimento de normas emanadas pela ANS, deverá ser observada a manifestação da FAPES para esse fim, respaldada em avaliação atuarial.

15 REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1 DO DEDITO

15.1.1 Ao(À) ex-empregado(a) do patrocinador que tiver contribuído para o Novo PAS na vigência do seu contrato de trabalho com o patrocinador, é assegurado, no caso de demissão sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário(a) nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do vínculo empregatício, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade do patrocinador, conforme previsto no plano de custeio.

15.1.1.1 O período de manutenção da condição de beneficiário(a) será de um terço do tempo de permanência em que tenha contribuído para o Novo PAS, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.1.1.2 O(A) ex-empregado(a) cujo contrato de trabalho foi rescindido sem justa causa deve optar pela manutenção no Novo PAS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento, a contar da comunicação do patrocinador quanto ao direito de manutenção da condição de beneficiário(a), formalizada no ato da comunicação da demissão.

15.1.1.3 Em caso de óbito do(a) ex-empregado(a) cujo contrato de trabalho foi rescindido sem justa causa em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no Novo PAS dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido(a) sem justa causa, respeitadas as condições de elegibilidade previstas neste Novo PAS, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à FAPES sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do Novo PAS.

15.2 DO APOSENTADO

15.2.1 Ao(À) ex-empregado(a) aposentado(a) que tiver contribuído para o Novo PAS na vigência do seu contrato de trabalho com o patrocinador, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário(a), por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade do patrocinador, conforme previsto no plano de custeio.

15.2.1.1 Na hipótese de contribuição pelo(a) então empregado(a), por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário(a), à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, incluindo a parcela anteriormente de responsabilidade do patrocinador, conforme previsto no plano de custeio.

15.2.1.2 O(a) aposentado(a) deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do patrocinador quanto ao direito de manutenção da condição de beneficiário(a), formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

15.2.1.3 Em caso de óbito do(a) ex-empregado(a) aposentado(a) em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no Novo PAS dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o(a) aposentado(a), respeitadas as condições de elegibilidade previstas neste Novo PAS, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à FAPES sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito, sob pena de exclusão do Novo PAS.

15.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

15.3.1 A manutenção no Novo PAS será garantida ainda que o(a) beneficiário(a) não esteja contribuindo para o Novo PAS no momento da perda do vínculo com o patrocinador, desde que em algum momento tenha contribuído para o Novo PAS. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para este Novo PAS, na forma da regulamentação vigente.

15.3.2 A manutenção da condição de beneficiário(a) prevista neste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo(a) titular ou estendida também a seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, a critério do(a) próprio(a) titular.

15.3.3 O(A) ex-empregado(a) poderá incluir novo(a) cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário(a).

15.3.4 As garantias previstas neste Capítulo não excluem vantagens obtidas pelos(as) empregados(as) decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

15.3.5 O(A) titular que não contribuir para o Novo PAS, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no Novo PAS, após a perda do vínculo empregatício.

15.3.6 O direito de manutenção no Novo PAS deixará de existir nas seguintes hipóteses:

- I. quando da admissão do(a) beneficiário(a) titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato;
- II. decurso dos prazos de manutenção dos dependentes previstos neste Capítulo;
- III. cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos(às) seus(uas) empregados(as) ativos(as) e ex-empregados(as) demitidos(as) sem justa causa e aposentados(as).

15.3.7 É assegurado àquele(a) cujo contrato de trabalho foi rescindido sem justa causa, ao(à) aposentado(a) e aos(às) dependentes vinculados ao Novo PAS o direito de exercer a portabilidade de carências, na forma da regulamentação da ANS em vigor.

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

16 DAS PENALIDADES

16.1 PENALIDADES

16.1.1 Em caso de abuso, má-fé, declaração falsa de qualquer natureza e inadimplemento de débitos por parte do(a) beneficiário(a) titular ou dos beneficiários dependentes a ele(a) vinculados, caberá à FAPES informar ao patrocinador e deliberar sobre a aplicação das sanções a seguir indicadas, sem prejuízo da aplicação pelo patrocinador de sanções de natureza trabalhista cabíveis:

- I. suspensão temporária, por prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, da possibilidade de utilização de toda e qualquer assistência prevista neste Regulamento pelo(a) beneficiário(a) titular e/ou beneficiários dependentes a ele(a) vinculados; e
- II. exclusão da possibilidade de utilização, pelo(a) beneficiário(a) titular e pelos beneficiários dependentes a ele(a) vinculados, de toda e qualquer assistência prevista neste Regulamento.

16.1.1.1 Sem prejuízo das sanções previstas no item 16.1.1, a FAPES tomará as providências necessárias para o ressarcimento, pelo(a) beneficiário(a) titular, das suas despesas ou dos beneficiários dependentes realizadas indevidamente ou na hipótese prevista no item 4.4.1 deste Regulamento.

17 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1 DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1.1 Mediante comunicação da FAPES, a Unidade Fundamental responsável pela gestão de pessoas procederá, mensalmente, aos descontos devidos nas respectivas folhas de salários dos beneficiários titulares, na condição de empregados(as) do BNDES.

17.1.1.1 Em se tratando de beneficiário(a) titular que goze do benefício de complementação de aposentadoria, o ressarcimento de que trata o item 17.1.1

será efetuado mediante desconto nas respectivas folhas de pagamento de benefícios, a ser realizado pela FAPES.

17.1.2 O débito do(a) beneficiário(a) com o Novo PAS, nas hipóteses previstas no item 4.4.1 deverá ser liquidado de uma só vez, sob pena de cobrança executiva, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial.

17.1.3 Os casos não previstos e as dúvidas suscitadas na aplicação deste Regulamento serão resolvidos pelo(a) Diretor(a) do BNDES responsável pelo acompanhamento da gestão do Novo PAS, após análise técnica realizada pela FAPES.

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

17.1.5 O encerramento da operação do Novo PAS pela FAPES se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

17.1.6 Fica eleito o foro da comarca do patrocinador para dirimir quaisquer demandas sobre o presente regulamento.

17.1.7 Em caso de déficits financeiros no custeio das despesas com o plano de saúde, haverá rateio proporcional à participação entre beneficiários e patrocinador, observado o custeio do Novo PAS.

ANEXO I

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA INSCRIÇÃO E MANUTENÇÃO DE DEPENDENTES

A. De cônjuge:

- I. Certidão de casamento registrada no Cartório de Registro Civil; e
- II. Declaração de Estado Civil, em formulário próprio da FAPES, firmada por ambos os cônjuges, atestando a constância do casamento; e
- III. Cédula de identidade e CPF do(a) beneficiário(a) titular e do cônjuge.

Parágrafo único. Para fins de cadastramento dos dependentes inscritos, o(a) beneficiário(a) titular deverá atestar a permanência da constância do casamento por meio da Declaração de Estado Civil digital.

B. De filho (a):

- I. Certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF;

Parágrafo único. Na hipótese de adoção, o(a) beneficiário(a) titular deverá apresentar cópia da sentença e, após inscrição no registro civil, deverá apresentar a respectiva certidão de nascimento.

- II. Após os 16 (dezesesseis) anos:
 - a) declaração de estado civil de solteiro(a), em formulário próprio da FAPES, firmada pelo(a) filho(a) e pelo(a) beneficiário(a) titular; e
 - b) CPF do(a) filho(a); e
- III. Após os 18 (dezoito) anos:
 - c) declaração de matrícula em estabelecimento oficial de ensino, reconhecido pelo MEC, no grau exigido como requisito, emitida nos últimos 90 dias ou
 - d) comprovante de pagamento atual da mensalidade, devidamente quitado, nos últimos 30 dias, contendo identificação do aluno, da instituição e do respectivo curso; ou
 - e) declaração oficial de estar prestando serviço militar obrigatório; ou
 - f) documentos comprobatórios, para avaliação pela FAPES, da condição de invalidez, em caráter permanente; ou

g) termo de curatela, dispondo acerca da existência de doença ou deficiência impeditiva de exercício de atividade ou serviço que lhe assegure o sustento, em caráter permanente; ou

h) comprovação da situação de recebimento do benefício previdenciário de aposentadoria por invalidez pelo INSS e/ou por órgão de regime próprio de previdência;

IV. documentos relativos à comprovação de rendimentos, no caso de invalidez:

a) cópia da declaração do Imposto de Renda do(a) beneficiário(a) titular, em que conste o(a) filho (a) como seu(sua) dependente para o IR e respectivos rendimentos, ou a declaração do(a) próprio(a) filho(a), referente ao último exercício, acompanhada do respectivo recibo de transmissão à Receita Federal; ou

b) na hipótese de inscrição/manutenção de filho(a) isento(a) de Imposto de Renda:

i. comprovantes atualizados do rendimento do(a) filho (a); e

ii. declaração, em formulário próprio da FAPES, firmada pelo(a) beneficiário(a) titular, atestando as informações prestadas, ou

c) na hipótese de inexistência de rendimentos, declaração do INSS e/ou de órgão de regime próprio de previdência, confirmando a ausência de qualquer benefício.

§1º Para fins de recadastramento dos filhos dependentes inscritos maiores de 16(dezesseis) anos, o(a) beneficiário(a) titular deverá atestar a permanência desta condição por meio da Declaração de Estado Civil de solteiro(a) digital, e apresentar os documentos atualizados relacionados nos itens II e III, conforme a idade do(a) dependente.

C. De enteado (a)

I. Declaração de Estado Civil ou de União Estável, em formulário próprio da FAPES, firmada pelo(a) beneficiário(a) titular e seu cônjuge ou companheiro(a), atestando a constância da sociedade conjugal ou o regime de união estável ou Certidão de óbito do cônjuge ou companheiro(a); e

II. Certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF; e

III. Após os 16 (dezesseis) anos, declaração de estado civil de solteiro(a), em formulário próprio da FAPES, firmada pelo(a) enteado(a), pelo(a) beneficiário(a) titular e seu (sua) cônjuge ou companheiro(a) e CPF do enteado (a); e

IV. Após os 18 (dezoito) anos:

- a) declaração de matrícula em estabelecimento oficial de ensino, emitida nos últimos 90 dias, reconhecido pelo MEC, no grau exigido como requisito; ou
- b) comprovante de pagamento atual da mensalidade, devidamente quitado, dos últimos 30 dias, contendo identificação do(a) aluno(a), da instituição e do respectivo curso; ou
- c) declaração oficial de estar prestando serviço militar obrigatório; ou
- d) documentos comprobatórios, para avaliação pela FAPES, da condição de invalidez, em caráter permanente; ou
- e) termo de curatela, dispondo acerca da existência de doença ou deficiência impeditiva de exercício de atividade ou serviço que lhe assegure o sustento, em caráter permanente; ou
- f) comprovação da situação de recebimento do benefício previdenciário de aposentadoria por invalidez pelo INSS e/ou por órgão de regime próprio de previdência.

V. documentos relativos à comprovação de rendimentos, no caso de invalidez:

- a) cópia da declaração do Imposto de Renda do(a) beneficiário(a) titular, em que conste o(a) enteado (a) como seu(sua) dependente para o IR e respectivos rendimentos, ou a declaração do(a) próprio(a) enteado(a), referente ao último exercício, acompanhada do respectivo recibo de transmissão à Receita Federal; ou
- b) na hipótese de inscrição/manutenção de enteado(a) isento(a) de Imposto de Renda:
 - i. comprovantes atualizados do rendimento do(a) enteado (a); e
 - ii. declaração, em formulário próprio da FAPES, firmada pelo(a) beneficiário(a) titular, atestando as informações prestadas, ou
- c) na hipótese de inexistência de rendimentos, declaração do INSS e/ou de órgão de regime próprio de previdência, confirmando a ausência de qualquer benefício.

§1º Para fins de cadastramento de enteados dependentes inscritos maiores de 16(dezesesseis) anos, o(a) beneficiário(a) titular deverá atestar a permanência desta condição por meio da Declaração digital de Estado Civil de solteiro(a), e apresentar os documentos atualizados relacionados no item IV, conforme a idade do(a) dependente.

D. De menor sob guarda judicial

- I. Decisão judicial declaratória da guarda; e
- II. Certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF; e
- III. Após os 16 (dezesseis) anos, declaração de estado civil de solteiro(a), em formulário próprio da FAPES, firmada pelo menor e pelo(a) beneficiário(a) titular e CPF do(a) menor e
- IV. Cópia da declaração do Imposto de Renda do(a) beneficiário(a) titular, em que conste o(a) menor como seu(sua) dependente para o IR ou a declaração do(a) próprio(a) menor, referente ao último exercício, acompanhada do respectivo recibo de transmissão à Receita Federal, salvo se a decisão de guarda é referente ao exercício fiscal em curso ou ao imediatamente anterior até o prazo máximo da declaração de Imposto de Renda do respectivo exercício; e
- V. Declaração, em formulário próprio da FAPES, firmada pelo(a) beneficiário(a) titular, atestando as informações prestadas.

Parágrafo único. Para fins de recadastramento dos menores sob guarda judicial inscritos como dependentes que sejam maiores de 16 (dezesseis) anos, o(a) beneficiário(a) titular deverá atestar a permanência desta condição por meio da Declaração digital de Estado Civil de solteiro(a), e apresentar os documentos atualizados relacionados no item IV e V.

E. De companheiro(a)

- I. CPF do (a) companheiro(a); e
- II. Certidão de nascimento ou cédula de identidade d(a)o beneficiário(a) titular e de seu (sua) companheiro (a); e
- III. Declaração de estado civil de solteiro(a), em formulário próprio da FAPES; ou Certidão de casamento acompanhada de declaração de separação de fato, em formulário próprio da FAPES ou constando averbação de separação judicial ou de divórcio; ou Certidão de óbito do ex-cônjuge, acompanhada de declaração de estado civil de viúvo(a), em formulário próprio da FAPES; e
- IV. Cópia de escritura declaratória de união estável feita perante tabelião ou Declaração conjunta, em formulário próprio da FAPES.

§1º A declaração conjunta, em formulário próprio da FAPES, deverá ser firmada pelo(a) beneficiário(a) titular e por seu(sua) companheiro(a) e, ainda, por duas testemunhas, atestando a união estável, bem como de que ambos não se enquadram nas situações de impedimento previstas nos incisos I a V e VII do Art. 1521 do Código Civil.

§2º Para fins de recadastramento, o(a) beneficiário(a) titular deverá atestar a permanência desta condição por meio da Declaração de Conviver em União Estável.

ANEXO II

CRITÉRIOS PARA REPRESENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS TITULARES

A. AUTORIZAÇÃO

I. Na hipótese de exames, de internação e demais procedimentos, a autorização poderá ser firmada:

- a) por cônjuge/companheiro(a) ou parente consanguíneo, em linha reta ou colateral, até o 2º grau, desde que maior de idade;
- b) pelo(a) procurador(a), mediante apresentação de instrumento público de procuração:
 - i. na versão original;
 - ii. outorgado há, no máximo, 1 (um) ano; e
 - iii. com poderes específicos de representação perante a FAPES e especiais para solicitar autorização de exames, internação e demais procedimentos assegurados pelo Novo PAS; ou
- c) pelo(a) curador(a), nomeado(a) judicialmente, mediante apresentação do termo de curatela.

B. REEMBOLSO

I. Nos casos de solicitação de reembolso de forma presencial e na hipótese de impossibilidade de comparecimento do(a) beneficiário(a) titular à sede da FAPES, o pedido de reembolso poderá ser solicitado:

- a) pelo(a) procurador(a), mediante apresentação do instrumento público de procuração, em seu original, outorgado há, no máximo, 1 (um) ano, com poderes específicos de representação perante a FAPES e especiais para solicitar reembolso; ou
 - b) pelo(a) curador(a), nomeado(a) judicialmente, mediante apresentação do termo de curatela.
- II. No caso de falecimento do(a) beneficiário(a) titular antes da solicitação do reembolso, o pedido poderá ser apresentado por cônjuge/companheiro(a) ou parente consanguíneo, em linha reta ou colateral, até o 2º grau, desde que maior de idade.

Parágrafo único. A FAPES reembolsará exclusivamente a pessoa nomeada por alvará judicial ou escritura pública de inventário.

C. RECADASTRAMENTO

I. Na hipótese de impossibilidade de realização do recadastramento digitalmente ou de comparecimento do(a) beneficiário(a) titular à sede da FAPES, o recadastramento poderá ser realizado:

a) por cônjuge/companheiro(a) ou parente consanguíneo, em linha reta ou colateral, até o 2º grau, desde que maior de idade, mediante apresentação de atestado médico comprovando a impossibilidade de comparecimento do(a) beneficiário(a) titular; ou

b) pelo(a) procurador(a), mediante apresentação de instrumento público de procuração:

i. na versão original;

ii. outorgado há, no máximo, 1 (um) ano;

iii. com poderes específicos de representação perante a FAPES e especiais para prestar as informações relativas ao recadastramento; ou

c) pelo(a) curador(a), nomeado(a) judicialmente, mediante apresentação do termo de curatela.

D. CASOS DE AUSÊNCIA DE REPRESENTAÇÃO LEGAL

Excepcionalmente, nos casos de inexistência de representante legal, caberá à FAPES decidir, a seu critério, a forma apta a suprir a ausência de assinatura do(a) beneficiário(a) titular.

ANEXO III

CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO E COBERTURA DAS DESPESAS E LIMITES DE DESPESA

A. REGRAS GERAIS

I. No caso de realização por profissional ou instituição referenciada de procedimento sujeito à autorização, é obrigatória a apresentação, pelo(a) beneficiário(a), no momento do atendimento na rede referenciada, do documento de autorização, concedido previamente pela FAPES, para cobertura das despesas.

II. No caso de solicitação de reembolso de despesas relativas a procedimentos realizados no Sistema de Livre Escolha, deverá ser apresentado, pelo(a) beneficiário(a), através do Portal de Serviços da FAPES, o documento de autorização concedido pela FAPES antes da realização do procedimento, acompanhado dos comprovantes da efetivação da despesa, bem como de formulário assinado pelo(a) beneficiário(a) titular.

III. No caso de paciente internado, é dispensada a autorização prévia para exames, tratamentos e terapias congêneres. A entidade hospitalar, porém, encaminhará relatório médico comprovando a necessidade do tratamento anexo à nota fiscal de serviços hospitalares.

IV. No caso de realização por profissional ou instituição de serviços de saúde no Sistema de Livre Escolha, para os procedimentos sujeitos à autorização prévia, é obrigatória o envio, pelo(a) beneficiário(a), do pedido ou relatório médico, através do portal de serviços da FAPES, antes do atendimento para análise prévia da cobertura das despesas, bem como da observância das demais exigências contidas nos itens deste Anexo, conforme o tipo de tratamento a ser realizado.

B. EXAMES COMPLEMENTARES

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, será necessária a apresentação de pedido médico com a justificativa para a realização do exame, que deverá estar previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento ou no presente Regulamento.

C. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, o pedido ou relatório do médico assistente, especificando o motivo da internação, e, se for o caso, o tipo de cirurgia e o corpo técnico assistente, bem como previsão de número de dias de internação em estabelecimento hospitalar, devem ser encaminhados para o estabelecimento hospitalar para que seja incluída no autorizador via web da FAPES. O prazo para autorizar cirurgias eletivas sem a necessidade da utilização de órteses, próteses e material especial (OPME) é de 2 (dois) dias úteis

II. Nas hipóteses de internação cirúrgica, que envolvam órteses, próteses e material especial (OPME), a autorização prevista no item 1 está condicionada à análise e aprovação dos materiais especiais solicitados pelo médico assistente pela equipe de regulação da FAPES que será realizada em até 10 (dez) dias úteis. A relação de órteses, próteses e material especial (OPME) deve ser encaminhada pelo médico assistente para o estabelecimento hospitalar para que seja incluída no autorizador via web da FAPES.

III. Nos casos de internação em caráter de urgência ou de emergência é dispensada a autorização prévia, mas exigida a comunicação à FAPES, pelo(a) beneficiário(a) titular ou representante, no prazo máximo de dois dias úteis, a

contar da data da internação, apresentando a justificativa médica da situação de urgência ou emergência, conforme o caso.

D. TRATAMENTOS SERIADOS

D.1. Tratamento Fonoaudiológico

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos o envio pelo prestador dos seguintes documentos, via autorizador web:

a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico e o planejamento terapêutico, que deverá conter o número de sessões semanais e o tempo estimado de conclusão do tratamento, para a recuperação e reabilitação dos distúrbios da fala, da deglutição, bem como aprendizagem da fala por anomalias congênitas dos aparelhos fonador e/ou auditivo e os casos de dislexias;

b) na continuidade do tratamento, relatório detalhado, com quadro evolutivo do tratamento.

II. As regras referentes à cobertura de sessões para tratamento fonoaudiológico serão conforme disposições contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, respeitando as regras das regulações normativas relacionadas ao tratamento fonoaudiológico.

D.2. Tratamento Psicoterápico

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos o envio pelo prestador dos seguintes documentos, via autorizador web:

a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico, o diagnóstico e o planejamento terapêutico, que deverá conter o número de sessões semanais;

b) na continuidade do tratamento, relatório detalhado, com quadro evolutivo do tratamento.

II. As regras referentes ao tratamento psicoterápico (consulta médica e/ou sessão com psicólogo) serão conforme disposições contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, respeitando as regras das regulações normativas relacionadas ao tratamento psicoterápico.

D.3. Tratamento Fisioterápico

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos o envio pelo prestador dos seguintes documentos, via autorizador web:

a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico e o diagnóstico;

b) planejamento terapêutico elaborado pelo médico assistente ou pelo fisioterapeuta, que deverá conter o número de sessões necessárias ao cumprimento dos objetivos do tratamento fisioterápico;

c) na continuidade do tratamento, relatório detalhado e atualizado, elaborado pelo médico assistente ou pelo fisioterapeuta, com quadro evolutivo do tratamento. A apresentação de relatório elaborado por fisioterapeuta será admitida por no máximo duas solicitações consecutivas de autorização, a partir da 3ª solicitação será exigida a apresentação de relatório médico.

II. Na hipótese de planejamento terapêutico elaborado pelo fisioterapeuta será exigida a inclusão dos métodos e técnicas que serão realizados.

III. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar parecer do médico assistente para autorizar a continuidade do tratamento anteriormente proposto.

IV. No caso de paciente internado, é dispensada a autorização prévia. A entidade hospitalar, porém, encaminhará relatório médico comprovando a necessidade do tratamento anexo à nota fiscal de serviços hospitalares.

V. A consulta para elaboração de planejamento terapêutico independe de autorização prévia da FAPES.

VI. As regras referentes ao tratamento fisioterápico serão conforme disposições contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, respeitando as regras das regulações normativas relacionadas ao tratamento fisioterápico

D.4. Tratamento de Acupuntura

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos o envio pelo prestador dos seguintes documentos, via autorizador web:

a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico e o diagnóstico;

b) planejamento terapêutico elaborado pelo médico assistente, que deverá conter o número de sessões necessárias ao cumprimento dos objetivos do tratamento de acupuntura;

c) na continuidade do tratamento, relatório detalhado e atualizado, elaborado pelo médico assistente ou pelo médico executor, com quadro evolutivo do tratamento.

II. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar parecer do médico assistente para autorizar a continuidade do tratamento anteriormente proposto.

III. As despesas com tratamento de acupuntura somente serão custeadas pelo Novo PAS, se o tratamento for executado por profissional devidamente habilitado junto ao respectivo conselho profissional.

D.5. Terapia Ocupacional

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos o envio pelo prestador dos seguintes documentos, via autorizador web:

a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico, o diagnóstico e o número de sessões necessárias ao cumprimento dos objetivos do tratamento;

b) na continuidade do tratamento, relatório detalhado e atualizado, elaborado pelo médico assistente, com quadro evolutivo do tratamento.

III. As regras referentes à cobertura de sessões com terapeuta ocupacional serão conforme disposições contidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS respeitando as regras das regulações normativas relacionadas ao tratamento de terapia ocupacional.

E. Cirurgia Plástica Reparadora

I. As despesas com cirurgias plásticas reparadoras somente serão custeadas pelo Novo PAS quando realizadas com a finalidade de corrigir deformidades ou defeitos (congenitos ou adquiridos), ou seja, com o objetivo de reconstruir parte do corpo humano por questões médicas, não caracterizadas para fins estéticos, e mediante a concessão da autorização prévia pela FAPES.

II. Para a concessão e autorização prévia pela FAPES serão exigidos:

a) relatório do médico assistente contendo a justificativa para realização da cirurgia;

b) exames que comprovem a necessidade de intervenção cirúrgica;

c) realização de perícia no Ambulatório Médico, sempre que a FAPES julgar necessário.

III. Nos casos de urgência e emergência é dispensada a autorização prévia, mas exigida a comunicação formal à FAPES, pelo(a) beneficiário(a) titular, ou seu(sua) representante, no prazo máximo de dois dias úteis da ocorrência do evento, apresentando a justificativa médica da situação de urgência ou emergência, conforme o caso.

F. Tratamento de planejamento familiar

F.1 Cirurgias de Esterilização

I. As despesas com procedimentos de cirurgias de esterilização, através da laqueadura ou vasectomia, serão custeadas pelo Novo PAS, nos casos de:

- a) risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, comprovado através de relatório firmado por dois médicos; ou
- b) homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos.

II. Para a concessão da autorização pela FAPES, será exigida a apresentação dos seguintes documentos:

- a) documento escrito e firmado, em formulário próprio da FAPES, com a expressa manifestação de vontade do paciente, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. No caso da vasectomia, é necessário que esta seja realizada por profissional habilitado para proceder a sua reversão;
- b) documento escrito e firmado pelo médico assistente, em formulário próprio da FAPES, declarando que prestou ao(a) beneficiário(a), há pelo menos 60 dias antes da data prevista para a cirurgia, os devidos aconselhamentos e informações.

III. Os procedimentos de laqueadura tubária não serão autorizados durante os períodos de parto ou aborto, quando não observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas; e através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

IV. Os procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia não serão autorizados caso a manifestação da vontade expressa for concedida durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

V. A esterilização cirúrgica em pessoa absolutamente incapaz somente será autorizada mediante autorização judicial, na forma da lei.

F.2 Contracepção

As despesas com o Dispositivo Intrauterino (DIU), hormonal ou não, serão reembolsadas pelo Novo PAS, , mediante a apresentação de pedido médico.

Em caso de internação, será necessária a concessão da autorização pela FAPES, e exigida a apresentação de relatório do médico assistente especificando o motivo da internação.

G. Com Tratamento de Pessoas com Deficiência

Observada a regulamentação da ANS, o reembolso de despesas com o atendimento de pessoa com deficiência (PcD), de qualquer idade, será integral, mediante autorização prévia da FAPES, desde que tais despesas se refiram a tratamento específico decorrente da condição de deficiência, limitado, porém, mensalmente, a 4 (quatro) vezes o valor adotado pelo BNDES para o reembolso-creche, o qual, concomitantemente, não lhe será concedido. Após este limite, os procedimentos serão reembolsados conforme a tabela de reembolso da livre escolha.

Não há cobertura para as despesas relacionada ao acompanhante terapêutico (AT) => atendente para acompanhar e auxiliar o (a) beneficiário (a) em suas atividades diárias, como na escola, na terapia e em situações sociais.

H. Assistência Odontológica

H.1 Tratamento Odontológico

I. O tratamento pela Rede Referenciada está sujeito à prévia autorização da FAPES, com exceção de alguns procedimentos a serem definidos pela FAPES.

II. O tratamento pelo Sistema de Livre Escolha não necessita de autorização prévia da FAPES, exceto para Implante, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Disfunção Temporo Mandibular-DTM, e Cirurgias que necessitam de prévia autorização pela FAPES com os respectivos documentos anexados conforme informado no Portal da FAPES.

III. A cobertura para tratamento odontológico será a descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS na data de realização do evento.

IV. Compete à FAPES definir:

- a) os procedimentos que estão sujeitos à auditoria; e
- b) os prazos intervalares para realização dos procedimentos, baseado nas evidências científicas.

H.2 Assistência Odontológica em regime hospitalar

I. Para a concessão da autorização pela FAPES, será exigida a apresentação dos seguintes documentos:

- a) relatório emitido pelo cirurgião-dentista assistente, estabelecendo o quadro clínico, o diagnóstico, acompanhado, se necessário for, dos exames complementares realizados para definição do mesmo; e
- b) guia e/ou relatório do cirurgião-dentista contendo o diagnóstico, justificativa para realização em ambiente hospitalar, tratamento a ser realizado, especificando dentes e faces ou região acometida, quantidade do procedimento, bem como material a ser utilizado e valor cobrado para cada procedimento.

I. Tratamento Ortodôntico

1. Os tratamentos ortodônticos, no Sistema de Livre Escolha e na Rede Referenciada, estão sujeitos à prévia autorização da FAPES, a ser expedida mediante análise do orçamento, relatório emitido pelo profissional contendo: diagnóstico, tipo de tratamento e prazo provável de duração do mesmo, fotos intra e extraorais e exames de imagem, a serem apresentados pelo beneficiário titular. O mesmo se aplica para tratamento de Disfunção Temporomandibular-DTM.

2. O valor das manutenções mensais não deverá constar do orçamento, uma vez que sua aprovação estará implícita quando da autorização.

3. Os tratamentos ortodônticos serão submetidos às auditorias inicial, de colocação do aparelho, intermediária e final.

4. Não serão custeados:

- a) Novos aparelhos, para substituição daqueles cuja perda ou inutilização foi de responsabilidade do beneficiário titular ou dependente.
- b) Aparelhos da ortodontia preventiva na vigência dos tratamentos interceptativos ou corretivos.
- c) Valores superiores à diferença de preços entre um aparelho móvel e o fixo, no caso de haver necessidade de iniciar um tratamento com a técnica móvel e, posteriormente, passar para o fixo, sendo obrigatória a auditoria antes e após a troca de cada aparelho.

J. IMPLANTES

O tratamento pelo Sistema Livre Escolha e na Rede Referenciada está sujeito à prévia autorização da FAPES.

1. Para a concessão da autorização pela FAPES, será exigida a apresentação de formulário próprio da FAPES ou relatório firmado pelo cirurgião-dentista contendo o diagnóstico, tratamento a ser realizado, especificando dentes e faces ou região acometida, quantidade do procedimento, bem como material a ser utilizado e valor cobrado para cada procedimento.

2. Nos casos de implante será exigida, além dos documentos constantes do item 2, a apresentação de Termo de Isenção de Responsabilidade em formulário próprio da FAPES, assinado pelo paciente e/ou beneficiário titular, exames de imagem e fotos.

3. Para a realização de implante dentário, o beneficiário deverá comprovar à FAPES o atendimento dos seguintes requisitos:

- a) idade superior a 21 anos;
- b) ter se submetido a avaliações clínicas realizadas por médico e cirurgião-dentista;
- c) ter se submetido a tratamento periodontal prévio;
- d) possuir estrutura óssea em condições de suportar o implante, comprovada por relatório do cirurgião-dentista responsável pelo procedimento;
- e) apresentar destreza manual para executar higiene oral adequada; e
- f) não apresentar nenhuma contraindicação sistêmica ou local.

4. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar que o beneficiário seja submetido à auditoria odontológica externa com profissionais referenciados.

5. Compete à FAPES definir:

- a) os procedimentos que estão sujeitos à auditoria; e
- b) os prazos intervalares para realização dos procedimentos, baseado nas evidências científicas.

6. Os procedimentos de implantodontia deverão ser submetidos às auditorias nas fases: cirúrgica, cicatrizadora e protética, no Sistema de Livre Escolha e na Rede Referenciada.

7. Para fins de custeio do FAMS serão admitidos os seguintes critérios:

7.1. Clareamento em elementos dentários anteriores com comprovado estado de desvitalização pulpar, após realização de tratamento endodôntico.

7.2. Fase cicatrizadora do implante, 2ª fase, após três meses de realização da fase cirúrgica, 1ª fase, quando o implante for realizado na mandíbula, e após seis meses, quando o implante for realizado no maxilar superior; exceto nos casos de colocação de implantes com carga imediata.

8 A realização dos procedimentos descritos nos itens 7.2, em intervalo inferior ao descrito somente será custeada pelo FAMS mediante autorização prévia da FAPES a ser expedida após a análise das justificativas apresentadas pelo cirurgião-dentista, em formulário próprio da FAPES, justificando previamente a necessidade do procedimento.

9. Perda ou quebra de próteses e órteses não serão custeadas pelo Plano de Saúde.

K. CIRURGIAS EM ODONTOLOGIA

O tratamento pelo Sistema Livre Escolha e Rede Referenciada está sujeito à prévia autorização da FAPES.

1. Para a concessão da autorização, será exigida a apresentação de formulário próprio da FAPES ou relatório firmado pelo cirurgião-dentista contendo o diagnóstico, tratamento a ser realizado, especificando dentes e faces ou região acometida, quantidade do procedimento, bem como material a ser utilizado e valor cobrado para cada procedimento, fotos intra e extraorais e exames de imagem.

2. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar que o beneficiário seja submetido à auditoria odontológica externa com profissionais referenciados.

L. Nutrição

I. Somente serão custeadas pelo Novo PAS as despesas decorrentes de atendimento realizado por profissional legalmente capacitado e solicitadas por médico assistente.

II. O limite de cobertura de sessões para nutrição será o descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS considerando para contagem a data de ingresso do beneficiário no Novo PAS.

M. Tratamento Esclerosante de Varizes

1. As despesas com tratamento esclerosante de varizes só serão reembolsadas nos casos de complementação de tratamento cirúrgico, realizado, no máximo, há seis meses, mediante prévia autorização, devendo ter duração máxima de 1 (hum) ano.

2. Para que a autorização seja dada é indispensável que o beneficiário titular a solicite apresentando a justificativa médica, informando o número de sessões pós-cirúrgicas necessárias.

N. Tratamentos Dermatológicos

1. As despesas com tratamentos dermatológicos somente serão custeadas pelo Novo PAS, quando tais tratamentos não sejam caracterizados como para fins estéticos, e mediante a concessão da autorização prévia pela FAPES.
2. Para a concessão da autorização pela FAPES, será exigida a apresentação de relatório do médico assistente contendo o diagnóstico, o tratamento com o código específico e, se for o caso, o número de sessões.
3. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar que o paciente seja submetido à perícia médica em seu Ambulatório Médico ou ser encaminhado para um profissional médico referenciado.

O. Assistência em Regime Domiciliar

1. As despesas, relativas às consultas e aos exames, realizados no Sistema de Livre Escolha em regime domiciliar, serão custeadas pelo Novo PAS, desde que sejam anexados à solicitação de reembolso os relatórios médicos com justificativa para o atendimento neste regime.
2. Nos casos de exames e tratamentos seriados realizados em regime domiciliar, deverá ser apresentado, para a concessão da autorização prévia pela FAPES, pedido médico com a justificativa para realização, acrescido do relatório médico assistente com a justificativa para o atendimento em regime domiciliar.
3. Nos casos de assistência odontológica realizada em regime domiciliar, serão observados os mesmos critérios definidos na letra H deste Anexo para a concessão da autorização prévia pela FAPES, acrescido do relatório do médico assistente com a justificativa para o atendimento em regime domiciliar.
4. Nos casos de internação domiciliar ou de prestação de serviços de enfermagem e fornecimento de equipamentos de suporte à saúde, será exigida autorização prévia da FAPES, mediante apresentação dos seguintes documentos:
 - a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico, o diagnóstico e o planejamento terapêutico, que deverá conter, obrigatoriamente, os tipos de serviços e equipamentos, bem como o tempo estimado para a prestação da assistência domiciliar;

b) na continuidade da assistência, relatório detalhado e atualizado, elaborado pelo médico assistente, com quadro evolutivo do tratamento e o novo período proposto para a assistência.

5. O reembolso das despesas com equipamentos de suporte à saúde está limitado ao preço médio de mercado.

6. O reembolso das despesas com prestação dos serviços de enfermagem:

a) não será concedido para pacientes em internação hospitalar;

b) não excederá o valor máximo acordado entre a FAPES e as entidades referenciadas conforme a duração do plantão indicado.

P. PERCENTUAL MÁXIMO SOBRE A DESPESA REALIZADA EM FUNÇÃO DA REMUNERAÇÃO CONTRATUAL

MODALIDADE ASSISTENCIAL	PERCENTUAL MÁXIMO SOBRE A DESPESA REALIZADA EM FUNÇÃO DA REMUNERAÇÃO CONTRATUAL			
	Até 3000 US (inclusive)	De 3000 a 6000 US (inclusive)	De 6000 a 9000 US (inclusive)	Acima de 9000 US
Hospitalar / Domiciliar	90	85	75	65
Médica	80	75	65	55
Odontológica	70	60	50	45
Complementar	65	60	55	50

Para fins deste Regulamento, o valor das “unidades de serviço” - US, em que são expressas as remunerações contratuais, será reajustado sempre que julgado necessário mediante proposta da FAPES, de forma a que os valores de reembolso praticados no Sistema de Livre Escolha não sejam inferiores aos valores praticados para prestação do mesmo serviço na Rede Referenciada.

Nos casos em que o(a) beneficiário(a) não tenha mais vínculo com o patrocinador e não receba complementação de aposentadoria a partir de planos de previdência geridos pela FAPES, a remuneração utilizada será a última disponível antes do encerramento do vínculo com o patrocinador ou com a FAPES, sendo esta atualizada pelo índice de reajuste salarial dos empregados das empresas do Sistema BNDES.

ANEXO IV

MECANISMO DE REGULAÇÃO FINANCEIRA – COPARTICIPAÇÃO

TABELA DE COPARTICIPAÇÃO - PROCEDIMENTOS

Plano A – Rede Referenciada e Livre Escolha

Observação: A coparticipação do beneficiário está limitada a 30% (trinta por cento) do procedimento, com limite anual, conforme item 11.1.1

Procedimento	Percentual de Coparticipação
Consultas	30%
Exames	30%
Terapias	30%
Procedimentos (ambulatorial)	30%
Procedimentos odontológicos	30%
Outros (ambulatorial)	30%

- Para a rede referenciada, aplica-se o percentual sobre o valor total do procedimento coberto, observando-se as disposições do Regulamento.
- Para a livre escolha, a coparticipação é verificada em relação aos valores praticados pela Fapes na Rede Referenciada.

ANEXO V

TABELAS DE CONTRIBUIÇÕES (válidas de 01/01/2025 a 31/12/2025)

FAIXA ETÁRIA (anos)	CONTRIBUIÇÃO MENSAL BENEFICIÁRIO (R\$)	CONTRIBUIÇÃO MENSAL BNDES (R\$)
0 a 18	R\$ 534,10	R\$ 534,10
19 a 23	R\$ 587,51	R\$ 587,51
24 a 28	R\$ 646,26	R\$ 646,26
29 a 33	R\$ 743,20	R\$ 743,20
34 a 38	R\$ 854,68	R\$ 854,68
39 a 43	R\$ 982,88	R\$ 982,88
44 a 48	R\$ 1.326,89	R\$ 1.326,89
49 a 53	R\$ 1.525,93	R\$ 1.525,93
54 a 58	R\$ 2.060,00	R\$ 2.060,00
59 ou mais	R\$ 2.987,00	R\$ 2.987,00