



Perguntas Frequentes

Novo Plano de Assistência e Saúde



Sumário

Capítulo I – Elegibilidade de Beneficiários	3
Capítulo II – Assistência à Saúde	5
Capítulo III – Coberturas e Procedimentos	6
Capítulo IV – Carências	7
Capítulo V – Mensalidades	9
Capítulo VI – Coparticipação	9
Capítulo VII – Reembolso	11
Capítulo VIII – Reajustes	12
Capítulo IX – Programa Saúde da Família	12

1. Elegibilidade de Beneficiários

1.1. Como faço para aderir ao NOVO PAS?

Para aderir ao NOVO PAS, acesse o Portal de Serviços da FAPES. No campo usuário informe sua matrícula funcional ou CPF, após clique em “*Esqueci minha senha*” você irá receber um link em seu e-mail corporativo do BNDES para que possa definir sua senha.



Após definir a senha e acesse novamente o Portal de Serviços da FAPES para realizar seu login. Acessando o ambiente do Portal, clique em *Serviços > Saúde > Adesão NOVO PAS*.

Fique atento, acesse os documentos regulatórios que estão disponíveis, confira se seus dados estão corretos, estes, são enviados pelo RH do BNDES. Acesse e concorde com os Termos de Adesão do NOVO PAS e a Termo de Adesão ao Programa Saúde da Família e pronto. Aguarde contato online da equipe de cadastro da FAPES.

1.2. Como faço para solicitar o cadastro de meus dependentes junto a FAPES?

Para solicitar a inscrição de dependentes você precisa ter sua inscrição homologada como titular do NOVO PAS junto a FAPES. Após a homologação, acesse o Portal de Serviços da FAPES, clique em *Serviços > Saúde > Requerimento de Inscrição de Dependente (RID)* e informe os dados e documentos solicitados. Aguarde contato online da equipe de cadastro da FAPES.



1.3. Quem são os beneficiários elegíveis ao NOVO PAS, e, que documentação devo apresentar?

Conforme o regulamento do NOVO PAS, há documentos a serem apresentados de acordo com o tipo de dependente e a faixa etária, conforme a seguir:

FILHO(A)	
Todos	+Certidão de Nascimento ou Identidade ou Sentença de Adoção
Após 16 anos	+Declaração de Estado Civil de Solteiro
Após 18 até 24 anos	+Comprovante de matrícula em estabelecimento de ensino oficial ou documento pertinente conforme regulamento do plano.
Inválido	+Laudo Médico ou Termo de curatela ou Comprovante do INSS +Declaração IR do último exercício com recibo de transmissão +Comprovante de Rendimento ou Declaração de Inexistência de Benefício +Declaração de Isenção de IR
ENTEADO(A)	
Todos	+Certidão de Nascimento ou Identidade +Escritura Declaratória de União Estável do Titular +Declaração de Estado Civil ou de União Estável do Titular
Após 16 anos	+Declaração de Estado Civil de Solteiro
Após 18 até 24 anos	+Comprovante de matrícula em estabelecimento de ensino oficial ou documento conforme regulamento do plano.
Inválido	+ Laudo Médico +Termo de Curatela conforme Regulamento ou Comprovante de Recebimento do INSS +Declaração IR último exercício com recibo de transmissão +Declaração de isenção de IR
MENOR SOB GUARDA JUDICIAL	
Todos	+Decisão Judicial Declaratória de Guarda +Certidão de Nascimento ou Identidade +Declaração IR último exercício com recibo de transmissão
Após 16 até 18 anos	+ Declaração Estado Civil de Solteiro
CÔNJUGE	
Todos	+Identidade ou CNH +Certidão de Casamento
COMPANHEIRO(A) *conforme Estado Civil	
Todos	+Identidade ou CNH +Escritura Declaratória de União Estável ou Declaração Conjunta de União Estável
*Solteiro	+Declaração de estado Civil de Solteiro
*Divorciado	+Certidão de casamento com averbação da separação ou divórcio
*Separado de fato	+Certidão de casamento +Declaração de Separação de Fato
*Viúvo	+Certidão de Casamento do ex-cônjuge +Certidão de Óbito do ex-cônjuge



1.4. Qual é a idade limite para a permanência dos filhos como dependentes no NOVO PAS?

Os filhos podem permanecer no NOVO PAS até 24 anos, desde que mantenham o estado civil de solteiro e que estejam regularmente matriculados em estabelecimento de ensino médio, escola técnica, pré-vestibular ou de ensino superior ou, ainda, que estejam prestando serviço militar obrigatório.

1.5. Como garantir a permanência de um dependente elegível no NOVO PAS?

Para garantir a permanência de um dependente elegível no novo PAS, o titular deve manter os pagamentos em dia, via folha de pagamento ou boleto bancário, além de realizar o recadastramento anual obrigatório, conforme estabelecido pelo regulamento do plano.

1.6. Como faço para cancelar a inscrição de titular ou de dependente(s) no NOVO PAS?

O titular deverá solicitar as exclusões de beneficiários do NOVO PAS ao setor de cadastro da FAPES via Portal de Serviços. As cobranças devidas serão referentes a mensalidade pró-rata e coparticipação por serviços já utilizados e não processados.

2. Assistência à Saúde

2.1. Há diferença entre a rede de prestadores de serviços (Rede Referenciada) do PAS e do NOVO PAS?

A rede de prestadores de serviços de saúde da FAPES atende aos dois planos, ou seja, o PAS e o NOVO PAS. A busca por esta “Rede Referenciada” está disponível nos canais online da operadora especialmente no aplicativo FAPES Saúde.

2.2. Como a FAPES garante atendimento nas diversas regiões do Brasil?

Para atender os beneficiários a nível nacional, a FAPES utiliza um modelo integrado que combina estratégias distintas: Rede Referenciada Própria, Rede Referenciada Indireta Nacional (exceto nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói) e Livre Escolha (Reembolso).

2.3. Como funciona a rede referenciada médica da FAPES fora dos municípios do Rio de Janeiro e Niterói?

Fora dos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, a FAPES possui contrato para utilização de rede indireta com a operadora Mediservice, esta operadora foi escolhida para estes atendimentos devido a sua abrangência nacional, permitindo a todos os beneficiários acesso a uma rede de saúde onde a FAPES não possui uma rede referenciada própria.



2.4. A Mediservice tem uma boa rede de prestadores de serviços médicos?

A Mediservice possui uma rede extensa e qualificada de prestadores de serviços médicos, incluindo hospitais, clínicas e médicos especializados em todas as cidades com representações do BNDES, além de várias outras regiões do Brasil. Para consultar a rede credenciada, acesse o link [Mediservice: Rede Credenciada](#).

2.5. Qual o tipo de plano que os beneficiários FAPES tem disponível na Mediservice?

O plano da FAPES-Mediservice é o Ouro.

3. Coberturas e Procedimentos

3.1. Quais são as coberturas oferecidas pelo NOVO PAS?

A assistência à saúde no novo PAS inclui os atendimentos e procedimentos previstos no regulamento do plano e conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

As principais coberturas são:

- Assistência médica e odontológica;
- Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais;
- Fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e fonoaudiologia;
- Quimioterapia oncológica e medicamentos antineoplásicos orais;
- Procedimentos de radioterapia;
- Procedimentos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- Órteses, próteses e materiais especiais registradas na ANVISA;
- Assistência complementar;
- Coberturas adicionais, previstas no regulamento.

3.2. O NOVO PAS possui cobertura para assistência em domicílio?

O NOVO PAS prevê a assistência domiciliar nas modalidades de atendimento pontual de acordo com a necessidade do beneficiário, incluindo equipamentos ou terapias. Assim como prevê a cobertura para internação domiciliar, nos casos indicados com necessidade de continuidade após alta hospitalar.

3.3. Como funciona o atendimento médico de emergência em domicílio?

O atendimento médico de emergência domiciliar é realizado por meio da CTICOR, empresa de atendimento pré-hospitalar (APH). Esse prestador oferece orientações médicas por telefone 24 horas por dia. Quando necessário, é



providenciado o envio de uma ambulância para atendimento e/ou remoção do paciente em sua residência.

3.4. O NOVO PAS prevê Assistência Complementar?

O NOVO PAS prevê;

- Cobertura de lentes oftalmológicas, aparelho auditivo, botas e palmilhas ortopédicas;
- Vacinas incluídas no Programa Nacional de Imunização - PNI, com foco na prevenção de doenças graves e prevalentes;
- Terapias complementares para portadores de necessidades especiais devidamente comprovadas e inscritas no módulo do Anexo IIIG do regulamento do NOVO PAS.

3.5. O NOVO PAS fornece medicamentos para uso domiciliar em tratamento ambulatorial de doenças crônicas?

A autorização de medicamentos para uso domiciliar em tratamento ambulatorial, ocorre de acordo com a cobertura regulamentada pela ANS.

3.6. Como se aplicam as coberturas do NOVO PAS para doenças ou lesões preexistentes?

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

Após os 30 dias, o novo inscrito e seus dependentes terão de preencher o formulário de declaração de saúde, no qual manifestarão 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.

4. Carências

4.1. Quais as carências serão aplicadas ao titular no NOVO PAS, quando a adesão ao plano ocorrer em até 30 dias da data de admissão no BNDES?

Não serão aplicadas carências para todos os inscritos no NOVO PAS, desde que, a adesão ao plano ocorra em até 30 dias da data de admissão do funcionário ao BNDES, isso se aplica a titulares e dependentes.



4.2. Quais as carências serão aplicadas ao titular do NOVO PAS, quando a adesão ocorrer após 30 dias da data de admissão no BNDES?

Após os 30 dias da data de admissão o titular terá de preencher o 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.

Os prazos de carência serão contados a partir do processamento da adesão do Titular ao Novo PAS, sendo:

- 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e/ou emergência.
- 300 (trezentos) dias para os casos de parto a termo.
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

4.3. Quais as carências serão aplicadas aos dependentes, quando a adesão ocorrer após 30 dias da data de admissão do Titular no BNDES?

Após 30 dias da data de admissão do titular, será assegurada a inclusão, dos recém-nascidos, filhos naturais ou adotivos, com a isenção do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; e 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.

Para os demais casos, os prazos de carência serão contados a partir do processamento da adesão do Titular ao Novo PAS, sendo:

- 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e/ou emergência.
- 300 (trezentos) dias para os casos de parto a termo.
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

E ainda, após os 30 dias da data de admissão do titular, os dependentes terão de preencher o formulário de “Declaração de Saúde”, no qual manifestarão 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.



5. Mensalidades

5.1. Quais os valores da mensalidade para o beneficiário?

A contribuição mensal é realizada por beneficiário e de acordo com a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	VALOR POR BENEFICIÁRIO
0-18 anos	R\$ 534,10
19-23 anos	R\$ 587,51
24-28 anos	R\$ 646,26
29-33 anos	R\$ 743,20
34-38 anos	R\$ 854,68
39-43 anos	R\$ 982,88
44-48 anos	R\$ 1.326,89
49-53 anos	R\$ 1.525,92
54-58 anos	R\$ 2.060,00
59 anos em diante	R\$ 2.987,00

5.2. Como será paga a mensalidade?

A mensalidade será descontada em folha de pagamento ou benefícios, de acordo com a autorização do titular no “Termo de Adesão” ao NOVO PAS . Caso esse desconto não seja possível, o titular, que é o responsável financeiro, deverá efetuar o pagamento dos valores, por si e seus dependentes, via boleto bancário.

6. Coparticipação

6.1. Como se aplica a coparticipação?

A coparticipação é de 30% sobre os procedimentos realizados na Rede Referenciada ou no Sistema Livre Escolha (Reembolso), limitando-se a participação por família (titular e seus dependentes) de R\$ 5.760,00/ano. Este teto anual de coparticipação **deverá ser reajustado na mesma época e com mesmo percentual de reajuste das mensalidades.**

Alguns procedimentos que terão coparticipação:

- Consultas;
- Procedimentos ambulatoriais;
- Eventos de diagnose não vinculados a internação hospitalar;
- Eventos de terapia não vinculados a internação hospitalar;
- Procedimentos odontológicos;
- 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.

6.2. Como será o cálculo do desconto da coparticipação sobre reembolso?

A coparticipação de 30% será aplicada em relação aos valores praticados pela FAPES na Rede Referenciada, este será abatido do valor a ser reembolsado.

Exemplo:

Consulta = R\$ 500,00

- Percentual reembolso conforme remuneração: 65%
- Valor do reembolso conforme percentual remuneração = R\$ 325,00
- Limitação (Teto da tabela de Reembolso) = R\$ 240,00
- Limitação (Piso valor praticado com rede referenciada) = R\$ 140,00
- Reembolso antes da coparticipação = R\$ 240,00
- Coparticipação: 30% * R\$ 140,00 = R\$ 42,00

Reembolso a receber = R\$ 240,00 – R\$ 42,00 = R\$ 198,00

6.3. Quais procedimentos não possuem coparticipação?

Não é devida cobrança de coparticipação para:

- Eventos de diagnose e terapia vinculados a internação hospitalar;
- Eventos prescritos ou realizados no âmbito do Programa Saúde da Família, desde que realizados na rede referenciada;
- Quimioterapia e radioterapia;
- Hemodiálise, diálise, transfusão de sangue, assim como o processamento, honorários médicos e exames vinculados;
- Procedimentos realizados sob regime de hospital-dia;
- Tratamentos sem internação que utilizem sala cirúrgica de médio ou grande porte;
- Oxigenoterapia hiperbárica;
- Medicamentos de alto custo previstos no Rol da ANS.

6.4. O NOVO PAS fornece medicamentos para uso domiciliar em tratamento ambulatorial de doenças crônicas?

A autorização de medicamentos para uso domiciliar em tratamento ambulatorial, ocorre de acordo com a cobertura regulamentada pela ANS.

6.5. Como será paga a coparticipação?

A coparticipação de procedimentos na rede referenciada será descontada em folha de pagamento ou benefícios, de acordo com a autorização do titular no “Termo de Adesão” ao NOVO PAS. Caso isso não seja possível, o titular que é o responsável financeiro, deverá efetuar o pagamento dos valores por si e seus dependentes via boleto bancário.



A coparticipação de reembolso será descontada automaticamente do valor a ser creditado na conta corrente do titular.

6.6. Como será o cálculo do desconto da coparticipação sobre rede credenciada?

A coparticipação é de 30% sobre o valor pago ao prestador da Rede Referenciada.

6.7. Como funciona o limite de coparticipação de R\$ 5.760,00?

A coparticipação sobre os procedimentos realizados na Rede Referenciada e no Sistema Livre Escolha (Reembolso) abatem o limite de R\$ 5.760,00/ano. Atingido esse limite a coparticipação não é mais cobrada, até que um novo limite seja renovado em janeiro do ano seguinte.

Exemplo, se o limite de coparticipação for alcançado em 07/2026, a cobrança de coparticipação estará suspensa voltando a ser descontada em 01/2027, sem qualquer restrição de acesso a atendimento.

7. Reembolso

7.1. Qual é a regra geral para o cálculo do reembolso?

No sistema Livre Escolha, o reembolso será realizado mediante a incidência dos percentuais indicados na tabela abaixo, observados os limites estabelecidos no regulamento. O valor de reembolso das despesas assistenciais não será inferior ao praticado diretamente na Rede Referenciada e não será superior aos limites fixados na tabela teto divulgada no Portal de Serviços da FAPES.

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

Valor atual da “Unidade de Serviço (US)” = R\$ 3,00.

Exemplo:

Consulta = R\$ 500,00

- Remuneração = R\$ 21.000,00
- Quantidade US = R\$ 21.000,00/3 = 7.000,00
- Percentual reembolso para procedimento médico = 65%
- Valor do reembolso conforme percentual remuneração = R\$ 325,00



- Teto da tabela de Reembolso = R\$ 240,00
 - Reembolso antes da coparticipação = Menor valor entre (R\$ 325,00 e R\$ 240,00) = R\$ 240,00
 - Coparticipação: $(30\% \times \text{R\$ } 140,00) = \text{R\$ } 42,00$
 - Valor na Rede Referenciada = R\$140,00
- Reembolso a receber: $(\text{R\$ } 240,00 - \text{R\$ } 42,00) = \text{R\$ } 198$

7.2. Como saber os valores para limite de reembolso?

Os limites fixados na tabela de teto reembolso são divulgados Portal de Serviços da FAPES.

8. Reajustes

8.1. Como funciona o reajuste do NOVO PAS?

O custeio do Novo PAS será revisto anualmente, no momento da aplicação do reajuste financeiro considerando a inflação do período e aprovação da FAPES, que fixará as contraprestações pecuniárias e as coparticipações a vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base em cálculos atuariais.

9. Programa Saúde da Família

9.1. Como funciona o Programa Saúde da Família?

O programa se caracteriza por estabelecer uma equipe de saúde para cada núcleo familiar, sendo esta formada por duplas de médicos e enfermeiros. O médico permanece no sobreaviso telefônico, especialmente para triangulação de atendimentos emergenciais, além de possuir atribuições educativas direcionadas ao atendimento preventivo em consultas presenciais ou online. A equipe de enfermagem acolhe demandas entendendo as necessidades de saúde dos beneficiários.

9.2. Quais as vantagens em aderir ao Programa Saúde da Família?

Além do acompanhamento regular pela equipe dedicada ao seu núcleo familiar, os beneficiários que aderirem a este Programa de Saúde, terão a opção de serem acompanhados por equipe de médicos da família da FAPES, durante o período de internação hospitalar.



@fapes-bndes



(21) 99451-8883



fapes.com.br