



Fachesf
Saúde *mais*



R E G U L A M E N T O

DADOS GERAIS

Classificação da Operadora:
Autogestão

Nome Comercial do Plano:
Fachesf-Saúde Mais

Contratação:
Coletivo Empresarial

Abrangência Geográfica:
Região Nordeste, Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP)

Segmentação Assistencial:
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Formação do Preço:
Pré-estabelecido

Vínculo do Beneficiário:
Com vínculo empregatício inativo

Padrão de Acomodação:
Individual

Fator Moderador:
Coparticipação

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha?
Não

SUMÁRIO

I · Das definições _____	04
II · Do objeto _____	05
III · Condições de beneficiários _____	05
IV · Área geográfica de abrangência _____	08
V · Das coberturas _____	08
VI · Exclusões de cobertura _____	16
VII · Duração do contrato _____	19
VIII · Período de carência _____	20
IX · Doenças ou lesões preexistentes _____	22
X · Atendimento de urgência e emergência _____	23
XI · Acesso livre escolha de prestadores _____	24
XII · Mecanismos de regulação _____	29
XIII · Autorizações prévias _____	31
XIV · Formação do preço e mensalidade _____	32
XV · Reajuste _____	33
XVI · Faixas etárias _____	35
XVII · Regras para instrumentos jurídicos de planos coletivos _____	37
XVIII · Condições da perda da qualidade de beneficiário _____	38
XIX · Rescisão _____	40
XX · Disposições gerais _____	41
XXI · Dos conceitos _____	42
XXII · Eleição de Foro _____	46

CAPÍTULO I · Das definições

Artigo 1º

O PLANO FACHESF-SAÚDE MAIS, doravante denominado PLANO MAIS, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, do Ministério da Saúde, sob o nº 469459137 é um Plano de Assistência à Saúde de contratação coletivo empresarial, por adesão, na modalidade de autogestão, sem fins lucrativos e operado pela Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – Fachesf.

Artigo 2º

PLANO FACHESF-SAÚDE MAIS é o Plano de Assistência à Saúde, denominado PLANO MAIS, a ser operado exclusivamente para os empregados Participantes do Plano Previdenciário da Fachesf e seus dependentes e agregados, vinculados ao Plano de Assistência Patronal – PAP, da Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf, que aderirem aos Planos de Demissão Voluntária, ofertados pela Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf.

CAPÍTULO II - Do objeto

Artigo 3º

O PLANO MAIS, tem por objeto assegurar aos beneficiários definidos no Capítulo III deste Regulamento, assistência médico-hospitalar, com cobertura obstétrica e ambulatorial, nos termos do Capítulo V – Das Coberturas, deste Regulamento, observados os limites de cobertura estabelecidos.

CAPÍTULO III - Condições de beneficiários

Artigo 4º

São denominados beneficiários do PLANO MAIS os empregados da Companhia Hidro Elétrica do São Francisco - Chesf, Participantes do Plano Previdenciário da Fachesf e que se desligaram da Chesf mediante adesão aos Planos de Demissão Voluntária, bem como seus dependentes e agregados inscritos no PAP – Plano de Assistência Patronal por ocasião da adesão, obedecendo ao disposto no Artigo 2º, inciso II, da Resolução Normativa - RN nº 137/2006, alterada pela RN nº 272/2011, nas seguintes condições:

I. Na qualidade de beneficiário titular, o empregado ativo da Chesf regularmente inscrito no PAP, e optante válido do Plano de Incentivo a Demissão Voluntária - PIDV;

II. Na qualidade de dependente direto:

- a) Marido ou mulher;
- b) Companheiro ou companheira, desde que viva em união estável, com o empregado(a), configurada a convivência pública, contínua e duradoura ou tenha filho do beneficiário(a), sendo vedada a inscrição simultânea do marido e do companheiro, ou da mulher e da companheira;
- c) Companheiro ou companheira, desde que viva em união estável, com empregado(a) do mesmo sexo, configurada a convivência pública, contínua e duradoura, sendo vedada a inscrição simultânea de mais de uma pessoa, seja ela, companheiro(a), marido ou mulher;
- d) Filho não emancipado de ambos os sexos, até a idade de 21 (vinte e um) anos;
- e) Filho de qualquer idade, de ambos os sexos, se inválido;
- f) Filho não emancipado de ambos os sexos, maior de 21 (vinte e um) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, desde que atendam a um dos requisitos abaixo:

- *Estar matriculado em curso de nível superior autorizado e reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC, em Instituição de Ensino Superior, compreendendo inclusive os cursos tecnológicos (cursos de nível superior na área tecnológica);*

- *Estar matriculado em curso de pós-graduação stricto sensu, como mestrado e doutorado, devidamente autorizado e reconhecido, conforme Resolução CNE/ CES Nº 1, de 3 de abril de 2001;*

- *Estar matriculado em curso de pós-graduação lato sensu, em instituição especialmente credenciada para atuar nesse nível educacional, e que atenda ao*

disposto na Resolução CNE/CES Nº 1, de 3 de abril de 2001, compreendendo os cursos de especialização, aperfeiçoamento e MBA (Master in Business Administration) ou equivalentes que estejam incluídos na categoria de cursos de pós-graduação lato sensu.

g) Menores sob guarda, em processo de adoção (equiparado a filho);

h) Menor sob guarda provisória ou definitiva, ao qual o empregado presta assistência material e moral até o limite de 18 (dezoito) anos de idade estipulado no Estatuto da Criança e do Adolescente;

i) Enteados e tutelados, desde que obedecidos os limites de idade e os critérios estabelecidos nas alíneas “d”, “e” e “f”.

III. Na qualidade de dependente agregado:

a) Irmão inválido, desde que declarada a dependência econômica e invalidez;

b) Mãe e pai, de qualquer idade, desde que declarada a dependência econômica do empregado ou que, comprovadamente, a média do rendimento mensal dos pais seja limitada aos valores estabelecidos pelo PAP;

c) Curatelado, designado e outros, desde que inscritos no PAP até 31/12/1997, e permaneçam como dependentes do empregado.

Artigo 5º

Os filhos do titular que perderem a condição de dependente direto (completarem 24 anos) durante o período do benefício PIDV, passarão a pagar mensalidade vigente à época.

CAPÍTULO IV - Área geográfica de abrangência

Artigo 6º

A área geográfica de abrangência do PLANO MAIS compreende os Estados da Região Nordeste do Brasil e as Cidades do Rio de Janeiro-RJ e São Paulo-SP.

Parágrafo Único

Em algumas cidades abrangidas no caput deste Artigo, bem como nas demais Regiões brasileiras, o atendimento poderá ser realizado através de convênios assistenciais de saúde ou reembolso.

CAPÍTULO V - Das coberturas

Artigo 7º

O PLANO MAIS cobrirá os custos em conformidade com os limites e condições estabelecidas neste Regulamento, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, e relacionados às doenças listadas na CID-10, nos termos do art. 12, incisos I, II, III e IV da Lei nº 9.656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto

nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde, no que se aplicam ao Plano.

Artigo 8º

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

I. 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 assistente devidamente habilitado, nos termos deste contrato, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

III. Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, solicitadas e indicadas pelo médico assistente;

IV. Procedimentos de reeducação e reabilitação física definidos e 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;

V. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VI. Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) Radioterapia, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- d) 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;
- e) Hemoterapia ambulatorial;
- f) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) Atividades educacionais;
- b) Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) Atendimento clínico;
- d) Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- e) Implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

Artigo 9º

A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento hospitalar com obstetrícia, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e inclui:

- I. Atendimento nos casos de planejamento familiar incluindo o seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
- II. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- III. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- IV. Diárias de internação hospitalar, na acomodação contratada;

V. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

VI. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para o segmento hospitalar com obstetrícia, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VII. Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

VIII. Toda e qualquer taxa hospitalar, incluindo materiais utilizados;

IX. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

X. Acomodação e café da manhã para o acompanhante do beneficiário. Serão fornecidas 03 refeições (café da manhã, almoço e jantar) para o acompanhante de beneficiários menor de 18 e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, exceto no caso de internação em UTI ou similar.

XI. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

XII. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

XIII. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitam de internação hospitalar;

XIV. Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

XV. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral e enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica ambulatorial;
- g) Embolizações, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- h) Radiologia intervencionista;

- i) Exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

XVI. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;

XVII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital (café da manhã, almoço e jantar) ao acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar.

XVIII. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

XIX. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

XX. Tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:

- a) Custeio integral até 30 (trinta) dias de internação;
- b) A partir do 31º dia de internação psiquiátrica será

cobrada a coparticipação de acordo com o valor estabelecido pelo Conselho Deliberativo da Fatchesf;

c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde - ANS.

XXI. Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados necessários à sua realização, sem prejuízo da legislação específica, abrange, no que couber:

a) As despesas assistenciais com doadores vivos;

b) Os medicamentos utilizados durante a internação;

c) O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

Parágrafo Único

O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

CAPÍTULO VI - Exclusões de cobertura

Artigo 10º

Estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente no Regulamento do Plano e os provenientes dos seguintes casos:

I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da operadora e sem atendimento às condições previstas no regulamento;

II. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização por danos;

III. Enfermagem em caráter particular;

IV. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

V. Avaliações pedagógicas;

VI. Orientações vocacionais;

VII. Atendimentos domiciliares, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;

- VIII. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- IX. Procedimentos clínicos, cirúrgicos, órteses e próteses para fins estéticos;
- X. Inseminação artificial;
- XI. Tratamentos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XII. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- XIII. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- XIV. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XV. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XVI. Assistência médica/odontológica nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XVII. Asilamento de idosos;
- XVIII. Medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- XIX. Fornecimentos de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

XX. Despesas de acompanhantes, com exceção das previstas nos itens X e XVII do artigo 9º deste Regulamento;

XXI. Transplantes, à exceção de córnea, rim e dos transplantes autólogos;

XXII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na data do evento;

XXIII. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXIV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano;

XXV. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

XXVI. Medicamentos adquiridos no exterior;

XXVII. Tratamento odontológico/ortodôntico clínico ou cirúrgico; para o caso cirúrgico, considerar o disposto no Artigo 10º, inciso XIII, Capítulo VI, inclusive exames ou qualquer outro procedimento que vise tal objetivo;

XXVIII. Tratamento de varizes superficiais de membros inferiores com injeções esclerosantes;

XXIX. Remoção para tratamento clínico ou cirúrgico de procedimentos não cobertos pelo PLANO MAIS e de remoções por via diferente da terrestre.

CAPÍTULO VII - Duração do contrato

Artigo 11º

A cobertura assistencial prevista no presente regulamento terá a vigência por prazo indeterminado e se inicia a partir do desligamento do beneficiário, empregado da Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf, e assinatura da proposta de adesão ao PLANO MAIS, de acordo com o Capítulo III deste Regulamento.

Artigo 12º

A Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf assegura ao beneficiário titular incluído no Plano de Demissão Voluntária e aos beneficiários dependentes e agregados a ele vinculados o custeio das mensalidades em pré-pagamento nos limites e prazos estabelecidos no referido Plano a que aderiu o usuário. Findo este prazo, o beneficiário titular, seus dependentes e agregados poderão permanecer no PLANO MAIS por tempo indeterminado, desde que assuma junto ao referido PLANO o pagamento integral das mensalidades.

CAPÍTULO VIII · Período de carência

Artigo 13º

No caso dos empregados que aderirem ao PIDV, e dos seus dependentes e agregados inscritos no PAP por ocasião da adesão, não haverá carência.

Artigo 14º

Caso o titular inclua no Plano novos dependentes, não previstos na adesão ao PIDV, os mesmos deverão cumprir as carências abaixo relacionadas:

PERÍODO DE CARÊNCIA	COBERTURA
24 h	Emergências
24 h	Urgências
30 dias	Consultas
60 dias	Exames básicos de apoio diagnóstico: raio x, ultrasonografia e exames clínicos laboratoriais
90 dias	Exames especiais de apoio diagnóstico: tomografia computadorizada, ressonância magnética e pet scan
180 dias	Procedimentos especiais previstos no cap. V, art. 8º, inciso VI, atendimentos hospitalares com internações clínicas, pediátricas, cirúrgicas e psiquiátricas
300 dias	Parto a termo

Parágrafo Único

Após a adesão ao PIDV, somente será permitida a inclusão de novo cônjuge ou companheiro(a), filhos nascituros e enteados menores de 24 anos.

Artigo 15º

A cobertura nos casos de URGÊNCIA, EMERGÊNCIA e COMPLICAÇÕES GESTACIONAIS, de acordo com o definido no Capítulo X, Artigo 17º, incisos I e II, ocorrerá após cumprido o período de carência específica de 24 (vinte e quatro) horas, com restrição aos casos discriminados a seguir:

Parágrafo Primeiro

Em casos de atendimento de EMERGÊNCIA, o PLANO MAIS garante a cobertura até 12 horas de atendimento, após o cumprimento do período de carência específica de 24 horas. Caso seja necessário, para a continuidade do atendimento de emergência, a realização de procedimentos dentro da cobertura de internação hospitalar, estando ainda cumprindo período de carência, mesmo sendo na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 horas, a cobertura cessará nos casos que evoluírem para internação, sendo que a responsabilidade financeira, a partir desta necessidade, passará a ser do beneficiário, não cabendo nenhum ônus à OPERADORA.

Parágrafo Segundo

Em casos de atendimento de URGÊNCIA, o PLANO FACHESF-SAÚDE MAIS garante a cobertura após o cumprimento do período de carência específica de 24 horas. Nos casos que não evoluírem para internação, os procedimentos posteriores à alta do atendimento de urgência, deverão ser cobrados diretamente do beneficiário, não sendo cobertos pelo Plano.

Parágrafo Terceiro

Para os casos de atendimento de urgência, conforme parágrafo anterior, o beneficiário também terá direito à internação, quando houver necessidade.

Parágrafo Quarto

O PLANO MAIS garante a cobertura quando o atendimento de urgência ou emergência se referir ao processo gestacional, porém quando houver a assistência médica hospitalar em pacientes nesta condição, estando ainda cumprindo período de carência, o Plano cobrirá até 12 horas de atendimento, nas mesmas condições previstas no parágrafo segundo deste Artigo.

CAPÍTULO IX - Doenças ou lesões preexistentes

Artigo 16º

Não haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes.

CAPÍTULO X · Atendimento de urgência e emergência

Artigo 17º

Definem-se como:

- I. Casos de emergência, os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente caracterizado em declaração do médico assistente;
- II. Casos de urgência, os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

Parágrafo Único

O disposto nos itens I e II, observará carência de 24 horas, conforme Capítulo VIII, Artigos 13º e 14º e seus Parágrafos.

Artigo 18º

Nos atendimentos de emergência ou urgência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados, é garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes.

- a) O reembolso deve ser solicitado mediante a apresentação de documentos hábeis (recibos, notas fiscais ou faturas), devidamente quitados e discriminados por item, com valor unitário de cada item, a data de realização, bem como o nome do paciente;

- b) O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação acima listada;
- c) Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa;
- d) Fica garantido que o valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado junto à rede de prestadores do respectivo Plano, conforme estabelece o artigo 12, inciso VI, da Lei 9656/1998.

CAPÍTULO XI - Acesso livre escolha de prestadores

Artigo 19º

Quando o beneficiário necessitar de assistência médica, nas situações em que não for possível a utilização dos serviços credenciados ou por sua livre escolha, terão as despesas cobertas e efetivamente pagas reembolsadas, em conformidade com o Capítulo V – Das Coberturas, bem como com as tabelas praticadas pela OPERADORA, na data da utilização dos serviços.

Artigo 20º

O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço que não fazem parte da rede credenciada para realização de consultas médicas, exames complementares, internações, terapias, atendimento ambulatorial, bem como de exames odontológicos complementares, desde

que solicitados por cirurgião bucomaxilofacial para realização de ato cirúrgico em ambiente hospitalar.

Artigo 21º

Define-se como Reembolso de Despesas o ressarcimento ao titular do PLANO MAIS das despesas contraídas por ele e/ou seus dependentes ou agregados, quando realizadas junto a profissionais e entidades não credenciadas, desde que os serviços sejam cobertos pelo PLANO MAIS.

Artigo 22º

A análise para o reembolso previsto nos termos deste Regulamento será efetuada pela auditoria médica da OPERADORA, mediante o preenchimento do pedido de reembolso e a apresentação dos seguintes documentos originais por parte do beneficiário:

I. Quando o serviço for prestado por Pessoa Física:

- a) Recibo contendo nome do Titular e discriminando o Dependente ou Agregado quando for este que utilizou os serviços;
- b) Nome legível do profissional;
- c) CPF e número do Conselho Regional de Classe do Profissional;
- d) Discriminação detalhada dos serviços realizados, contendo quantidades e datas;
- e) Assinatura do Profissional;
- f) Data de quitação.

II. Quando o serviço for prestado por Pessoa Jurídica:

- a) Nota Fiscal em nome do Titular;
- b) Recibo em nome do Titular, este podendo ser substituído pelo carimbo de quitação na Nota Fiscal, devidamente datado e assinado;
- c) Sendo a entidade isenta da emissão da Nota Fiscal deverão ser apresentados recibos com documento comprobatório da devida isenção.

Artigo 23º

O recibo e a Nota Fiscal deverão conter identificação do Dependente ou Agregado, quando a despesa for realizada pelo mesmo, e discriminação detalhada dos serviços realizados, contendo quantidades e datas.

Artigo 24º

Para fins de reembolso deverão ser atendidos os critérios abaixo:

I. O PLANO MAIS concederá reembolso para os serviços abaixo indicados, de acordo com as tabelas de procedimentos e honorários cobertos pelo Plano, considerando o percentual de participação definido no Plano de Demissão Voluntária ao qual aderiu o usuário, e a ser pago pelos beneficiários, exceto nos atendimentos de urgência ou emergência quando o reembolso será de 100%:

- a) Consultas médicas;
- b) Atendimentos ambulatoriais clínicos/cirúrgicos;
- c) Tratamentos psicológicos, fonoaudiológicos, nu-

- tricionais, fisioterápicos;
- d) Exames clínicos e laboratoriais;
- e) Utilização de bancos de sangue.

II. O PLANO MAIS concederá reembolso de 100% para os internamentos hospitalares clínicos e cirúrgicos de acordo com as tabelas de honorários médicos e de serviços hospitalares adotadas pela OPERADORA, tendo como referência os hospitais especiais de Recife.

Artigo 25º

Os pedidos de reembolso deverão ser solicitados a OPERADORA pelo prazo de 60 (sessenta) dias após a quitação da despesa, enviando-se os comprovantes descritos no Artigo 23º.

Artigo 26º

As solicitações de Reembolso terão seus respectivos créditos efetuados em conta corrente do titular, com 30 (trinta) dias após a entrega na OPERADORA, da documentação descrita no Artigo 22º.

Artigo 27º

O Plano não reembolsará as despesas extraordinárias do beneficiário titular e/ou dependente e/ou agregado.

Artigo 28º

O PLANO MAIS não autorizará reembolso de despesas decorrentes de:

- a) Serviços não constantes no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- b) Cirurgia não ética, cirurgia estética não corretiva (cosmética), SPA;
- c) Demais serviços não cobertos;
- d) Assistência médica realizada fora do Brasil.

Artigo 29º

No caso de pagamento parcelado, o reembolso será efetuado em igual número de parcelas pagas pelo beneficiário ao prestador de serviço.

Artigo 30º

No caso do reembolso já ter sido efetuado por outra operadora, o valor a ser reembolsado será calculado pelo total dos serviços prestados, deduzido o valor já reembolsado pela outra operadora. Caberá ao beneficiário a apresentação da cópia do recibo e do comprovante original que demonstre o referido reembolso.

Artigo 31º

Caso o custo real da despesa seja inferior ao valor teto fixado na tabela utilizada pela Operadora, o reembolso estará limitado ao valor pago pelo beneficiário do Plano.

Artigo 32º

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

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

II. A Operadora poderá solicitar informações complementares ao médico assistente do beneficiário, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas Guias de Solicitação de Serviços/Procedimentos.

III. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria da OPERADORA.

IV. Este Plano possui coparticipação, que é a participação a ser paga pelo beneficiário diretamente à OPERADORA, posteriormente a utilização do serviço, com limite máximo de cobrança por procedimento reajustado por ocasião da avaliação atuarial anual do Plano, devidamente aprovado

pelo Conselho Deliberativo. Os valores ou percentuais referentes à coparticipação serão:

Parágrafo Primeiro - Segmento Ambulatorial:

a) O percentual definido no Plano de Demissão Voluntária em consultas médicas realizadas em consultório médico ou clínica médica;

b) O percentual definido no Plano de Demissão Voluntária em honorários complementares clínicos, cirúrgicos, de diagnóstico e de terapia realizados ambulatorialmente, de caráter eletivo com um limite máximo de cobrança por procedimento de R\$181,01 (cento e oitenta e um reais e um centavo), atualizado anualmente por ocasião da avaliação atuarial do Plano.

Parágrafo Segundo - Segmento Hospitalar:

a) Atendimentos de urgência e emergência, no percentual definido no Plano de Demissão Voluntária, limitado a R\$ 70,59 (setenta reais e cinquenta e nove centavos) por evento, atualizado anualmente por ocasião da avaliação atuarial do Plano.

V. Será obrigatoriamente entregue ao Beneficiário, quando de sua inscrição, cópia do Regulamento, carteira de identificação e Manual do Beneficiário/Guia Médico, de forma impressa, descrevendo em linguagem simples e precisa todas as características operacionais do Plano, constando também a apresentação da rede assistencial, própria e credenciada, disponível para sua utilização.

VI. Ficará disponível na internet e na Central de Relacionamento da OPERADORA, para o Beneficiário, as atualizações do Manual do Beneficiário/Guia Médico.

VII. É facultada à OPERADORA a substituição de entidade

hospitalar desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

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

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

X. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a OPERADORA deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CAPÍTULO XIII · Autorizações prévias

Artigo 33º

O beneficiário deverá ir diretamente à rede credenciada, que dependendo do procedimento a ser realizado, entrará em contato com a OPERADORA para fins de autorização prévia.

Parágrafo Único

Os seguintes procedimentos necessitam de autorização prévia: Exames de citogenética ou Imuno-histoquímica; Anátomo patológico; Ultrassonografias em geral e ecocardiografia; Tomografia computadorizada e Ressonância Magnética; Hemodinâmica; Radiologia Intervencionista; Medicina Nuclear; Endoscopia, artroscopia, videoendoscopia; Polissonografia, eletro-neuromiografia, potenciais evocados, mapeamento cerebral e EEG computadorizado, mamografia; Fisioterapia; Quimioterapia, Radioterapia; Hemodiálise, CAPD; Litotripsias; Procedimentos de complexidade que exijam a presença de auxiliar médico ou anestesista, ou ainda que demandem a cobrança de taxa de sala; Remoções em ambulância (eletivas); Procedimentos cirúrgicos com laser; Prorrogações; Curativos de extremidade de origem vascular.

CAPÍTULO XIV · Formação do preço e mensalidade

Artigo 34º

Pelo prazo máximo estabelecido em termo próprio de adesão dos beneficiários titulares ao PIDV, o custeio em pré-pagamento será assumido integralmente pela OPERADORA, a qual receberá da Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf, um aporte financeiro, atuarialmente calculado para suportar os custos cobertos por cada grupo familiar, no momento do desligamento.

Artigo 35º

Findo este prazo, o beneficiário titular e seus respectivos dependentes e agregados, poderão permanecer no PLANO MAIS, assumindo seu custeio integral, com valores das mensalidades per capita por faixa etária, previamente estabelecidos através de cálculo atuarial e atualizados à época, além de manter o pagamento da coparticipação prevista no Capítulo XII - Mecanismos de Regulação, paga desde a sua adesão ao PLANO MAIS. Como parâmetro para esta atualização serão calculadas as mensalidades conforme tabela constante no Artigo 42º, a preços atuais, que serão corrigidas anualmente.

Artigo 36º

Caso o titular inclua no Plano novos dependentes diretos não previstos na adesão ao PIDV (novo cônjuge ou companheiro(a), filhos nascituros e enteados menores de 24 anos), o titular assumirá imediatamente o custeio integral das mensalidades destes dependentes conforme valores vigentes à época da inclusão e suas correções futuras.

CAPÍTULO XV - Reajuste

Artigo 37º

Os valores das mensalidades per capita por faixa etária não serão reajustados em periodicidade inferior a

12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Artigo 38º

O valor das mensalidades será reajustado anualmente, de acordo com a avaliação atuarial do PLANO MAIS que será apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos anteriores à aplicação do reajuste. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

Artigo 39º

A carteira dos Planos privados de assistência à saúde da operadora destinada a ex-empregados será tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste. (Art. 21, RN 279/2011), cabendo ao Conselho Deliberativo da OPERADORA a definição do percentual de reajuste que poderá ser aplicado na mesma data de reajuste da carteira de Planos da OPERADORA, desde que com um período não inferior a 12 (doze) meses.

Artigo 40º

Fica assegurado que não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo Plano em um determinado contrato (Artigo 20 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

Artigo 41º

O percentual de reajuste a ser aplicado e sua justificativa técnica será anualmente informado à ANS de acordo com as normativas vigentes.

CAPÍTULO XVI - Faixas etárias

Artigo 42º

As mensalidades do PLANO MAIS foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

FAIXA ETÁRIA	VALOR DA MENSALIDADE	% DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA
0 a 18 anos	R\$ (...)	--- %
19 a 23 anos	R\$ (...)	10,00%
24 a 28 anos	R\$ (...)	18,00%
29 a 33 anos	R\$ (...)	20,00%
34 a 38 anos	R\$ (...)	26,00%
39 a 43 anos	R\$ (...)	26,00%
44 a 48 anos	R\$ (...)	20,00%
49 a 53 anos	R\$ (...)	20,00%
54 a 58 anos	R\$ (...)	20,00%
59 anos ou mais	R\$ (...)	40,00%

Artigo 43º

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

- I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.

Artigo 44º

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

Artigo 45º

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

CAPÍTULO XVII - Regras para instrumentos jurídicos de Planos coletivos

Artigo 46º

A Companhia Hidro Elétrica do São Francisco - Chesf assegura ao beneficiário titular incluído no Plano de Incentivo a Demissão Voluntária - PIDV, o direito de manter sua condição de beneficiário e dos dependentes diretos e agregados a ele vinculados enquanto atenderem as condições de beneficiários estabelecidas no Capítulo III deste Regulamento, com custeio integral das mensalidades em pré-pagamento pela Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf, pelo prazo máximo estabelecido pelo PIDV. Findo este prazo, o beneficiário titular e seus dependentes diretos e agregados poderão permanecer no Plano, por tempo indeterminado, desde que assumam junto à OPERADORA o pagamento integral das mensalidades.

Artigo 47º

O beneficiário titular poderá incluir novo cônjuge ou companheiro(a), filhos nascituros e enteados menores de 24 anos no período de manutenção da condição de beneficiário, assumindo o pagamento integral das mensalidades, conforme tabela vigente.

Artigo 48º

Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência no Plano é assegurado aos dependentes diretos e agregados.

Artigo 49º

É assegurado aos beneficiários o direito de exercer a portabilidade especial de carências para outros Planos da OPERADORA, ou Plano individual, ou familiar, ou coletivo por adesão, em outras operadoras nos termos do disposto no Artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c. Artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

CAPÍTULO XVIII - Condições da perda da qualidade de beneficiário

Artigo 50º

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

- I. Perda da qualidade de beneficiário titular:
 - a) Por falecimento;
 - b) Pelo término do prazo de custeio da Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf, sem a continuidade do pagamento integral das mensalidades por parte do beneficiário titular;
 - c) Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

- II. Perda da qualidade de dependente direto ou agregado:
 - a) Pela perda da condição de dependência prevista no Capítulo III deste Regulamento;

- b) A pedido do beneficiário titular;
- c) Fraude praticada pelo dependente direto ou agregado, apurada de acordo com a legislação vigente;
- d) Pela saída do beneficiário titular do Plano.

Artigo 51º

As exclusões solicitadas por escrito pelo beneficiário titular até o último dia de cada mês terão os seus efeitos a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da solicitação.

Artigo 52º

Da Suspensão do Beneficiário por inadimplência:

- a) A não quitação da contribuição mensal, coparticipação, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, após a data de vencimento, implicará na suspensão automática do direito do beneficiário titular e seus dependentes diretos e agregados à utilização do Plano. Caberá à OPERADORA a informação ao titular da situação de pagamentos em aberto e sua notificação até o quinquagésimo dia de inadimplência.
- b) O direito às coberturas do Plano será readquirido a partir do pagamento dos débitos em atraso, sem que tal reativação dê ao Beneficiário o direito à cobertura de eventos ocorridos durante o período de suspensão de utilização. A cobertura de eventos ocorridos entre a data do pagamento e a data da efetiva quitação de débitos, será de responsabilidade do Beneficiário, ficando o PLANO MAIS desobrigado de coberturas durante esse período.

c) Não ocorrerá suspensão durante a ocorrência de internação do titular.

Artigo 53º

Da Exclusão de Beneficiário por inadimplência:

a) A não quitação de 3 (três) contribuições mensais, consecutivas ou não, incluindo a coparticipação, acarretará na exclusão automática do Beneficiário Titular e dos seus dependentes diretos e agregados.

b) Fica estabelecido que a quitação da contribuição sempre corresponderá à respectiva mensalidade objeto da transação.

c) A exclusão de beneficiário, por qualquer motivo, não o exime da quitação de todos os compromissos financeiros para com o Plano, cuja cobrança de todos os débitos deverá ser feita de forma amigável ou judicialmente.

CAPÍTULO XIX · Rescisão

Artigo 54º

O PLANO MAIS poderá ser extinto por determinação da competente instância decisória da Fachesf conforme definido no Estatuto.

CAPÍTULO XX - Disposições gerais

Artigo 55º

As disposições expostas a seguir determinam prerrogativas importantes para a vigência deste regulamento:

I. As coberturas previstas neste regulamento serão prestadas através de serviços credenciados.

II. Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, não haverá impedimento para participar como beneficiário no presente regulamento.

III. É direito do beneficiário emitir sua opinião sobre a operacionalização do produto, bem como apresentar sugestões e/ou reclamações, preferencialmente por escrito; ou através do telefone 0800.281.7533, ou pessoalmente na sede da OPERADORA, localizada na Rua do Paissandu, nº 58 - bairro da Boa Vista, cidade do Recife/PE, CEP 50070-200, as quais serão imediatamente submetidas à apreciação da Fachesf, e acolhidas, caso procedam.

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

V. O beneficiário titular, por si e seus dependentes diretos e agregados, autoriza a OPERADORA a prestar todas as

informações cadastrais, inclusive sobre atendimentos e serviços beneficiados, solicitados pelos órgãos de fiscalização da assistência a saúde.

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

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

CAPÍTULO XXI · Dos conceitos

Artigo 56º

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

Artigo 57º

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

Artigo 58º

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

Artigo 59º

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

Artigo 60º

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

Artigo 61º

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

Artigo 62º

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

Artigo 63º

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

Artigo 64º

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

Artigo 65º

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

Artigo 66º

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

Artigo 67º

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

Artigo 68º

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

Artigo 69º

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

Artigo 70º

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

Artigo 71º

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

Artigo 72º

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

Artigo 73º

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

Artigo 74º

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

Artigo 75º

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo Beneficiário ao PLANO MAIS.

Artigo 76º

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

Artigo 77º

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

Artigo 78º

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

Artigo 79º

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

Artigo 80º

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

Artigo 81º

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

CAPÍTULO XXII - Eleição de Foro

Artigo 82º

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



Fachesf

FUNDAÇÃO CHESF DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE SOCIAL