

REGULAMENTO DO



Plano Assefaz Diamante



ANS Nº 34.692-6

APARTAMENTO - EMPRESARIAL





COM VIDA E **pela vida!**

[f](#) [i](#) [in](#) assefazoficial [globe](#) assefaz.org.br

Central de Atendimento  0800 703 4545  +55 61 99266 1978



FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

REGULAMENTO DO PLANO ASSEFAZ DIAMANTE EMPRESARIAL 2024

Número do registro na ANS: 466498121

Equipe de Criação e Coordenação Técnica

Gerência Nacional de Relacionamento - GNR

Coordenação de Convênios de Patrocínio - CCP

Equipe de Apoio e Revisão

Assessoria de Comunicação - ASCOM

Gerência Nacional de Tecnologia da Informação - GNTI

Gerência Nacional de Administração e Finanças - GNAF

Gerência Nacional de Saúde - GNS

Gerência Jurídica - GEJUR

Coordenação de Documentação e Informação - CDI



Sumário

TÍTULO I - DA FINALIDADE E DOS ATRIBUTOS DO PLANO 5

CAPÍTULO I - Da finalidade 5

CAPÍTULO II - Dos atributos gerais do plano 5

TÍTULO II - DOS PATROCINADORES, DOS BENEFICIÁRIOS, DAS CONDIÇÕES PARA ADESÃO AO PLANO, DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, DO CANCELAMENTO E PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DA MANUTENÇÃO NO PLANO, DA TRANSFERÊNCIA ENTRE PLANOS E RETORNO AO PLANO 6

CAPÍTULO I - Dos patrocinadores 6

CAPÍTULO II - Dos beneficiários 6

CAPÍTULO III - Das condições para adesão 8

CAPÍTULO IV - Do cartão de identificação do beneficiário 8

CAPÍTULO V - Da manutenção do beneficiário no plano Assefaz Diamante Apartamento 8

CAPÍTULO VI - Do cancelamento do plano a pedido do beneficiário titular e da perda da condição de beneficiário 11

CAPÍTULO VII - Da transferência entre planos 13

CAPÍTULO VIII - Do retorno ao plano após o cancelamento ocorrido a pedido do beneficiário titular e do retorno ao plano após o cancelamento por inadimplência 13

TÍTULO III - DA COBERTURA DO PLANO ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO 13

CAPÍTULO I - Da cobertura garantida 13

CAPÍTULO II - Da cobertura ambulatorial 15

CAPÍTULO III - Da cobertura hospitalar 16

CAPÍTULO IV - Da cobertura hospitalar com obstetrícia 18

CAPÍTULO V - Da cobertura para saúde mental 19

CAPÍTULO VI - Assistência odontológica 19

CAPÍTULO VII - Das exclusões de cobertura 20

CAPÍTULO VIII - Da garantia de atendimento de urgência e emergência 21

TÍTULO IV - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO 22

CAPÍTULO I - Da autorização prévia 22

CAPÍTULO II - Da junta médica 23

TÍTULO V - DAS CARÊNCIAS, DA PORTABILIDADE, DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES E DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA 23

CAPÍTULO I - Da carência 23

CAPÍTULO II - Da portabilidade 25

CAPÍTULO III - Das doenças e lesões preexistentes e da cobertura parcial temporária 25

TÍTULO VI - DO REEMBOLSO E DA ASSISTÊNCIA FARMACOLÓGICA 26

CAPÍTULO I - Da garantia de reembolso 26

CAPÍTULO II - Da assistência farmacológica 28

TÍTULO VII - DA REDE CREDENCIADA 30

CAPÍTULO ÚNICO - Da rede credenciada 30

TÍTULO VIII - DA FORMAÇÃO DO PREÇO E CONTRIBUIÇÃO MENSAL, DO REAJUSTE E DA FAIXA ETÁRIA 31

CAPÍTULO I - Da formação de preço e contribuição mensal 31

CAPÍTULO II - Do reajuste 32

CAPÍTULO III - Das faixas etárias 32

TÍTULO IX - DO SIGILO DOS DADOS 34

CAPÍTULO ÚNICO - Do sigilo dos dados 34

TÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS 34

CAPÍTULO ÚNICO - Das disposições gerais 34

TÍTULO XI - DA DURAÇÃO DO CONTRATO, DA RESCISÃO DO CONTRATO E DO FORO 36

CAPÍTULO I - Da duração do contrato 36

CAPÍTULO II - Da rescisão do contrato 36

CAPÍTULO III - Do foro 36

GLOSSÁRIO 36

ANEXO I 39



TÍTULO I

DA FINALIDADE E DOS ATRIBUTOS DO PLANO

CAPÍTULO I

Da finalidade

Art. 1.º. O presente regulamento tem por objetivo definir as diretrizes gerais do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, suas normas, processos e Rol de procedimentos vigentes.

CAPÍTULO II

Dos atributos gerais do plano

Art. 2.º. O **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** é um plano Coletivo empresarial administrado pela Assefaz, de abrangência nacional, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia. Possui padrão de acomodação apartamento, área de atuação em todo território brasileiro e custos assistenciais de preço preestabelecido.

Art. 3.º. A finalidade do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** é a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde médico-hospitalar com obstetrícia, conforme previsto no inciso I do art. 1.º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo Único - O plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** abrange a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID 10), as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, bem como o Rol de Procedimentos e eventos em Saúde Suplementar editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar –

ANS, taxativamente, vigente à época do evento, alcançando a todos os beneficiários inscritos na forma e condições deste instrumento.

Art. 4.º. Os serviços e coberturas do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** correspondem àqueles, taxativamente, previstos no Rol de procedimentos, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme definições contidas no convênio firmado com o Patrocinador e no presente regulamento, sendo qualquer procedimento, material, atendimento ou benefício diferenciado das previsões citadas neste regulamento de responsabilidade do beneficiário solicitante.

Art. 5.º. O presente regulamento possui características de contrato de adesão bilateral, gerando direitos e obrigações para o beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** e para esta operadora, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

Art. 6.º. Para fins deste regulamento, plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura aos beneficiários vinculados à entidade Patrocinadora.

TÍTULO II

DOS PATROCINADORES, DOS BENEFICIÁRIOS, DAS CONDIÇÕES PARA ADESÃO AO PLANO, DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO, DO CANCELAMENTO E PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DA MANUTENÇÃO NO PLANO, DA TRANSFERÊNCIA ENTRE PLANOS E RETORNO AO PLANO

CAPÍTULO I

Dos patrocinadores

Art. 7.º. Patrocinador é toda pessoa jurídica da Administração Pública Direta e entidades autárquicas e fundacionais da Administração Pública Indireta, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que celebra convênio de adesão de plano de saúde com a Assefaz, com vistas a oferecer o plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** e facultando a adesão aos seus servidores públicos, conforme previsão estatutária da Fundação.

CAPÍTULO II

Dos beneficiários

Art. 8.º. São considerados como beneficiários, para efeitos deste regulamento:

- I. o titular;
- II. os dependentes; e
- III. os agregados.

Art. 9.º. Podem ser inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** na condição de beneficiários titulares, as pessoas relacionadas abaixo:

- I. empregados e servidores públicos ativos do órgão/entidade pública Patrocinadora do plano da Assefaz;
- II. empregados e servidores públicos aposentados do órgão/entidade pública Patrocinadora do plano da Assefaz;
- III. empregados e administradores da própria entidade de autogestão;
- IV. o ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com o órgão/entidade pública Patrocinadora da Assefaz, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo, desde que seja contemplado pelo custeio de assistência à saúde (per capita).
- V. o pensionista do servidor descrito nos incisos I e II deste artigo;
- VI. servidores militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.

§ 1.º. O beneficiário titular poderá incluir, a qualquer tempo, seus dependentes e agregados até o quarto grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, mediante o pagamento da contribuição mensal correspondente à faixa etária de cada um deles.

§ 2.º. Os dependentes e agregados incluídos ficarão individualmente sujeitos aos prazos de carência previstos neste regulamento.

§ 3.º. O beneficiário titular assumirá todas as responsabilidades previstas no contrato com o Patrocinador e neste regulamento, referentes

ao pagamento das contribuições mensais, prestação de informações e apresentação de declarações sempre que requeridas pela Assefaz.

§ 4.º. O titular, além de se responsabilizar financeiramente pelo custeio de seu próprio plano, também assumirá a responsabilidade financeira pelo custeio do plano dos seus dependentes diretos.

§ 5.º. Dependentes diretos são aqueles beneficiários vinculados ao titular que fazem jus ao recebimento do custeio patronal de assistência à saúde provido pelo órgão/entidade Patrocinadora e agregados são todos aqueles que não se classificam como dependentes diretos ou pensionistas.

§ 6.º. Os dependentes agregados e o responsável financeiro do agregado menor ou incapaz, possuem responsabilidade própria e total pelo custeio de seus planos, cabendo a eles escolherem a forma de pagamento para garantia da assistência à saúde.

§ 7.º. Os pensionistas possuem responsabilidade própria e total, para si e os dependentes inscritos, pelo custeio de seus planos, cabendo a eles escolherem a forma de pagamento para garantia da assistência à saúde.

§ 8.º. O beneficiário titular do plano deverá manter seus dados cadastrais atualizados e de todo núcleo familiar, na condição de dependentes e agregados, incluindo o endereço para correspondência e dados bancários (agência e conta bancária), endereço eletrônico e número de telefone, bem como se responsabilizará pela comprovação da relação entre os dependentes e agregados inscritos.

Art. 10. Poderão ser inscritos, a qualquer tempo, como

beneficiários dependentes do titular no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO:**

- I. cônjuge, companheiro ou companheira de união estável;
- II. os filhos, naturais ou adotivos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade;
- III. os filhos, naturais ou adotivos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- IV. criança ou adolescente sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nos incisos II e III; e
- V. os filhos inválidos, enquanto durar a invalidez.

Parágrafo único - Os filhos com 24 (vinte e quatro) anos ou mais somente serão inscritos na condição de agregados.

Art. 11. Poderão ser inscritos como agregados do beneficiário titular, a qualquer tempo, o grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, observado o disposto no contrato do convênio firmado com o Patrocinador no qual o titular esteja vinculado, desde que não detenha a condição de elegibilidade de dependentes prevista no artigo anterior:

§ 1.º. A adesão dos dependentes e agregados definidos nos artigos 10 e 11 deste regulamento (grupo familiar) dependerá da participação do titular em qualquer um dos planos ofertados pela Assefaz.

§ 2.º. A inscrição dos beneficiários previstos nos artigos 9.º ao 11.º deverá observar as condições de elegibilidade previstas no convênio celebrado entre a Assefaz e o Patrocinador, ao qual o beneficiário titular

está vinculado e o presente regulamento, respectivamente.

CAPÍTULO III

Das condições para adesão

Art. 12. A adesão ao plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** é facultativa e voluntária, devendo o solicitante preencher os critérios de elegibilidade mencionados nos capítulos anteriores e apresentar toda documentação necessária para comprovação do vínculo e aprovação pelo órgão patrocinador conveniado.

Art. 13. A admissão do beneficiário ao plano se dará por meio do preenchimento de formulário de adesão específico, que se encontra disponível no *site* da Fundação Assefaz, e após a aprovação do órgão, conforme previsto no convênio celebrado entre a Assefaz e o patrocinador conveniado.

§ 1.º. A primeira contribuição será calculada *pro rata die*, pelos dias de cobertura no referido mês.

§ 2.º. A admissão ao plano prevista no *caput* deste artigo será indeferida caso o beneficiário possua débito junto à Fundação Assefaz.

CAPÍTULO IV

Do cartão de identificação do beneficiário

Art. 14. Será disponibilizado ao beneficiário do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** um cartão de identificação no formato virtual, disponível no *site* da Assefaz (www.assefaz.org.br) e no aplicativo *mobile* da Assefaz, cuja apresentação, juntamente com documento oficial de identidade, é obrigatória para a utilização da cobertura assistencial

oferecida pelo plano.

§ 1.º. O acesso aos dados do beneficiário responsável pelo cartão virtual sem autorização, e de forma indevida, deverá ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da Fundação Assefaz pelo telefone (0800 703 4545).

§ 2.º. Considera-se uso indevido a utilização do cartão para obter atendimento para os beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou para terceiros que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

§ 3.º. Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos bem como a exclusão do beneficiário do plano.

CAPÍTULO V

Da manutenção do beneficiário no plano Assefaz Diamante Apartamento

Art. 15. É assegurado ao beneficiário que contribuir para o plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, em decorrência de vínculo com o Patrocinador, o direito de manter sua condição de beneficiário após o cancelamento sucedido pelos seguintes motivos: exoneração ou rescisão do contrato de trabalho sem justa causa; aposentadoria; licença sem vencimentos; afastamento legal ou falecimento do titular.

§ 1.º. A manutenção será garantida nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato

de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral, conforme prazo e disposição na legislação de regência.

§ 2.º. A manutenção de que trata o *caput* deste artigo somente será possível mediante solicitação formal a ser feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias, improrrogáveis, a contar:

I. da comunicação inequívoca feita pelo Patrocinador (empregador) ao beneficiário, formalizada no ato da concessão do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado, ou da formalização da licença/afastamento, aposentadoria ou falecimento, na qual conste a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando vinculado ao órgão/titular;

II. da comunicação inequívoca feita pela Assefaz aos dependentes e agregados do titular autopatrocinado após seu falecimento, desde que o usuário comunique o fato.

§ 3.º. O direito de manutenção de que trata este artigo não exclui vantagens obtidas pelos servidores decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

§ 4.º. O direito de manutenção assegurado neste artigo se extinguirá na ocorrência de qualquer das hipóteses a seguir:

I. pelo decurso dos prazos de manutenção conforme previsto na legislação de regência;

II. pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo órgão; ou

III. pelo cancelamento do plano privado ou convênio de assistência à saúde pelo Patrocinador que concede este benefício a seus servidores ativos e aposentados.

§ 5.º. O período de manutenção por óbito será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que o beneficiário titular tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista na legislação de regência, desde que assuma as responsabilidades de pagamento integral da contribuição mensal.

§ 6.º. A contribuição integral que se refere o §5º deste artigo será cobrada mensalmente mediante boleto bancário ou débito em conta corrente.

Seção I

Da perda do vínculo funcional por exoneração ou rescisão do contrato de trabalho sem justa causa

Art. 16. Ao titular do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, no caso de exoneração do cargo ou rescisão do vínculo funcional sem justa causa, é assegurado o direito de manter-se como beneficiário na modalidade de autopatrocinado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal do plano e faça formalmente a opção pela manutenção, observado o disposto neste regulamento.

Parágrafo Único - O período de manutenção da condição a que se refere o *caput* será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, na forma prevista em Lei, sendo o direito obrigatoriamente extensivo a todos os dependentes e agregados inscritos quando do cancelamento do titular no plano, não

sendo permitidas novas inscrições de dependentes e nem agregados, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos do titular, devendo ser observada a possibilidade de extinção do direito na ocorrência de qualquer das hipóteses previstas neste regulamento.

Seção II

Da perda do vínculo em decorrência de aposentadoria

Art. 17. Ao beneficiário titular que tiver seu vínculo funcional rescindido com o Patrocinador no ato da aposentadoria e que contribuiu para o plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** por mais de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manter-se como beneficiário por tempo indeterminado, na modalidade de autopatrocinado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do vínculo funcional ou empregatício, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal do plano e faça a solicitação formal.

Art. 18. Ao beneficiário titular que tiver seu vínculo funcional ou empregatício rescindido com o Patrocinador no ato da aposentadoria e que houver contribuído para o plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como titular, na modalidade de autopatrocinado, pelo período de 1 (um) ano para cada ano de contribuição antes da aposentadoria do titular, observado o disposto no artigo 16 deste regulamento.

§ 1.º. O direito de manutenção será, obrigatoriamente, extensivo aos dependentes e agregados inscritos e ativos quando da aposentadoria do titular, vedadas novas inscrições de dependentes e beneficiários agregados do titular, salvo nos casos de novo cônjuge e filhos do titular aposentado.

§ 2.º. Ao aposentado que continua trabalhando no Órgão Patrocinador e dele venha a se desligar, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos da legislação de regência.

I. O direito de que trata o *caput* deste artigo será exercido pelo aposentado quando se desligar do Patrocinador.

II. O direito de manutenção de que trata esta seção é garantido aos dependentes do aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto na legislação de regência.

Seção III

Do afastamento legal e licença sem vencimentos

Art. 19. Ao servidor/titular do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** que se afastar do seu órgão por motivo legal ou licença sem vencimentos é assegurado o direito de manter-se como beneficiário na modalidade de autopatrocinado pelo período correspondente à licença ou afastamento, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava antes da licença ou afastamento legal, desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal do plano e faça solicitação formal pela manutenção, no período de 30 (trinta) dias após o afastamento.

§ 1.º. O período de manutenção da condição a que se refere o *caput* será por tempo correspondente à licença sem vencimentos ou afastamento legal, sendo o direito obrigatoriamente extensivo a todos os dependentes e agregados previstos nos artigos 10 e 11 deste regulamento.

§ 2.º. Ao retornar para a situação de servidor ativo, o beneficiário deverá regularizar a situação na condição de patrocinado e fará jus ao

recebimento do per capita, que passa a ser de responsabilidade total ou parcial do Patrocinador.

Seção IV

Da perda do vínculo em razão de adesão ao Plano de Demissão Voluntária - PDV

Art. 20. Nos casos em que o beneficiário titular do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** aderir a um Plano de Demissão Voluntária – PDV e houver o rompimento do vínculo com o Patrocinador, ocorrerá a perda imediata da condição de beneficiário do plano.

Parágrafo Único - A perda da condição de beneficiário aplicar-se-á ao titular e, conseqüentemente, a todos os seus dependentes e agregados.

CAPÍTULO VI

Do cancelamento do plano a pedido do beneficiário titular e da perda da condição de beneficiário

Seção I

Do cancelamento do plano a pedido do beneficiário titular

Art. 21. O beneficiário titular poderá solicitar ao Órgão Patrocinador, por qualquer meio, a sua exclusão, de seus dependentes ou dos agregados do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, em conformidade com a legislação de regência.

Parágrafo Único - A perda da condição de beneficiário aplicar-

se-á ao titular e, conseqüentemente, a todos os seus dependentes e agregados.

Art. 22. O Órgão Patrocinador deverá cientificar a Assefaz sobre o pedido de exclusão previsto no artigo anterior em até 30 (trinta) dias a contar do pedido do titular. A partir dessa comunicação, a operadora ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

Art. 23. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias da solicitação de exclusão, caso o Patrocinador não tenha providenciado a comunicação para a Assefaz, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à Fundação.

Art. 24. No caso previsto no artigo anterior, a Assefaz poderá efetuar a exclusão de beneficiário do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** conforme solicitado pelo beneficiário, sem a anuência do Patrocinador, sendo necessário realizar a comunicação formal ao órgão sobre a efetivação do cancelamento.

Art. 25. A exclusão terá efeito imediato a partir da data de ciência pela Assefaz, que deverá prestar, de forma clara e precisa, as seguintes informações ao beneficiário:

- I. o eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar no cumprimento de novos períodos de carência e na possível perda do direito à portabilidade de carências nos termos previstos na Resolução Normativa n.º 438, de 3 de dezembro de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra que vier a substituir;
- II. o efeito imediato da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário a partir da ciência da Assefaz;
- III. a solicitação de desligamento do TITULAR não o

desobrigará do pagamento dos débitos sob a sua responsabilidade; e

IV. as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência e emergência, correrão por conta do beneficiário contratante.

Parágrafo Único - Em caso de cancelamento da inscrição, a última contribuição será calculada *pro rata die* pelos dias de cobertura do mês do cancelamento, conforme o caso.

Art. 26. A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão, a Assefaz deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento ou desligamento do beneficiário por qualquer meio que assegure sua ciência.

Seção II

Da perda de condição do beneficiário

Art. 27. A perda da qualidade de beneficiário titular poderá ocorrer nas seguintes situações:

- I. solicitação do beneficiário titular;
- II. morte do titular;
- III. cancelamento, rescisão, resolução ou resilição do convênio de adesão do Patrocinador com o qual o titular possui vínculo;
- IV. fraude, corrupção ativa ou passiva, crimes financeiros, suborno e prática que violem a legislação anticorrupção;
- V. por perda dos vínculos com o Patrocinador, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998;
- VI. a pedido do patrocinador, em casos de exoneração

ou dispensa do cargo, emprego ou função, bem como em caso de redistribuição do cargo a outro órgão não Patrocinador da Assefaz.

VII. por exoneração ou dispensa do cargo ou emprego, redistribuição do cargo a outro Órgão não Patrocinador da Assefaz, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e

VIII. por licença sem remuneração, observado o artigo 20 deste regulamento, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único - A perda da qualidade de beneficiário dependente e agregado, além das situações previstas nos incisos acima, poderá ocorrer em virtude de:

- I. morte do dependente ou agregado;
- II. cancelamento, rescisão, resolução ou resilição do convênio de adesão do Patrocinador com o qual o titular possui vínculo;
- III. perda da condição de dependência e/ou vínculo com o titular, previstos no capítulo II do título II deste regulamento;
- IV. pedido do titular ou do pensionista.

§ 1.º. As decisões administrativas relacionadas às práticas fraudulentas previstas neste artigo serão precedidas de contraditório e ampla defesa.

§ 2.º. O beneficiário será informado sobre o resultado da decisão administrativa adotada e as medidas aplicáveis.

CAPÍTULO VII

Da transferência entre planos

Art. 28. O beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** poderá optar por mudar de plano privado de assistência à saúde para outros planos oferecidos pela Assefaz, devendo observar as seguintes condições:

I. o beneficiário que migrar para outro plano ofertado pela Assefaz não será isento da cobrança de eventuais débitos financeiros oriundos do plano anterior;

II. a existência de débitos pendentes não impedirá a transferência de plano do beneficiário, desde que seja formalizado um acordo de quitação do valor pendente.

CAPÍTULO VIII

Do retorno ao plano após o cancelamento ocorrido a pedido do beneficiário titular e do retorno ao plano após o cancelamento por inadimplência

Art. 29. O titular e seus dependentes inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, cuja inscrição tenha sido cancelada a pedido do beneficiário titular ou por inadimplência poderá solicitar o retorno ou aderir a um novo plano oferecido pela Assefaz, devendo ser observados os requisitos previstos neste regulamento e os normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§ 1.º. A solicitação prevista no *caput* deste artigo, que será processada e validada pela Assefaz, deve ser formalizada por meio do

preenchimento do formulário de adesão específico, que se encontra disponível no *site* da Fundação Assefaz, e após a aprovação do Órgão, conforme previsto no convênio celebrado entre a Assefaz e o Patrocinador conveniado.

§ 2.º. A solicitação citada poderá ser feita a qualquer tempo, desde que haja negociação dos débitos existentes, o que possibilitará o retorno do beneficiário titular, dependentes ou agregados que estejam nesta condição.

§ 3.º. Será exigido o cumprimento de novos períodos de carências definidos neste regulamento caso o cancelamento tenha ocorrido por inadimplência das contribuições ou eventuais participações e a pedido do titular por qualquer motivo.

TÍTULO III

DA COBERTURA DO PLANO ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO

CAPÍTULO I

Da cobertura garantida

Art. 30. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste regulamento, o beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares, limitadas àquelas constantes, taxativamente, no Rol vigente de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional

de Saúde Suplementar – ANS, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

Art. 31. O atendimento será assegurado independentemente do local de ocorrência do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste regulamento, respeitada a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da Assefaz, ou através da rede indireta para o plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, observados os prazos de carência estabelecidos neste regulamento.

Art. 32. Como requisito essencial para a garantia de cobertura de determinados procedimentos e eventos, deverão ser observadas, fielmente, as Diretrizes de Utilização – DUT editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para aqueles que assim necessitarem.

Art. 33. Caso seja solicitado e haja indicação clínica, a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, terá cobertura assistencial obrigatória, devendo ser respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a Assefaz e prestadores de serviços de saúde.

Art. 34. Fica assegurada também a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento, bem como a participação de profissional médico nos procedimentos caso haja indicação clínica.

Art. 35. Os procedimentos e eventos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 1.º. Os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, com exceção dos odontológicos e vinculados aos de natureza odontológica (aqueles executados no diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos) que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

§ 2.º. Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, com vistas à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia n.º 100, de 18 de março de 2010, e a Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1950, de 10 de junho de 2010, ou outras que vierem substituí-las.

Art. 36. Somente terão cobertura assegurada aqueles procedimentos realizados por *laser*, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento.

Parágrafo Único - Todas as escopias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 37. Está garantida a cobertura para os procedimentos previstos neste regulamento, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Parágrafo Único - Para fins de cobertura obrigatória prevista no *caput* deste artigo, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional: o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria n.º 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

Art. 38. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados pelo plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, conforme descrito no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Assefaz e prestadores de serviços de saúde.

Art. 39. Os medicamentos utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento e previstos neste regulamento têm garantida a cobertura, desde que devidamente registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

CAPÍTULO II

Da cobertura ambulatorial

Art. 40. Estão asseguradas as coberturas de segmentação ambulatorial no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, que compreendem os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS vigente na data do evento, não incluindo procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia quando realizados em regime de internação hospitalar ou demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I. consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente

hospitalar;

III. procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizadas tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

IV. consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido nas Diretrizes de Utilização – DUT vigentes à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

V. psicoterapia, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

VI. 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 Intrauterino (DIU) hormonal ou não hormonal, incluindo o dispositivo.

VII. os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VIII. medicamentos registrados/regularizados na Agência

Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que são utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

Parágrafo Único - Para efeito do disposto no inciso I do *caput* deste artigo, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM não são consideradas especialidades médicas, portanto a cobertura de atendimento é para consultas médicas nas especialidades reconhecidas pelo CFM.

CAPÍTULO III Da cobertura hospitalar

Art. 41. Ao beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, englobando os seguintes itens:

I. internações hospitalares clínicas e/ou cirúrgicas, bem como o acesso à acomodação em nível superior sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano e internações em Centro de Terapia Intensiva – CTI ou similar;

a) as internações serão processadas mediante expedição de guia de autorização pela Assefaz, excetuando-se os casos de urgência e emergência onde deverão ser observadas as regras específicas prevista neste regulamento;

II. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e em procedimentos que não possuem cobertura obrigatória;

III. toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

IV. o beneficiário terá direito à cobertura de despesas de diária (s) de 1 (um) acompanhante no caso de paciente menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuado os casos de Centro de Terapia Intensiva – CTI ou similar;

V. exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e à elucidação diagnóstica, realizados durante o período de internação hospitalar, exceto os que não possuem cobertura obrigatória;

VI. fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar;

VII. atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);

VIII. os seguintes procedimentos, considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, quando descrito na Resolução Normativa vigente à época:

- a)** hemodiálise e diálise peritoneal;
- b)** quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c)** procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
- d)** hemoterapia;
- e)** nutrição enteral ou parenteral;
- f)** procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

- g)** embolizações e radiologia intervencionista;
- h)** exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
- i)** procedimentos de reeducação e reabilitação física.

IX. cirurgia plástica reparadora, quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitando os critérios das Diretrizes de Utilização – DUT;

X. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

XI. as modalidades de cirurgias plásticas mamárias, associadas ou não ao uso de próteses e/ou expansores, quando indicadas pelo médico assistente, no diagnóstico de câncer de mama, probabilidade de desenvolver câncer de mama de acordo com exame genético, lesões traumáticas e tumores em geral;

XII. procedimentos cirúrgicos bucomaxilo faciais para a segmentação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a solicitação cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamento anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

XIII. solicitação dos exames laboratoriais complementares e dos procedimentos abrangidos pelas internações hospitalares de natureza bucomaxilo-facial ou por imperativo clínico promovido pelo cirurgião dentista assistente, habilitado pelo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

XIV. estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames

complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizada durante o período de internação hospitalar;

XV. transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, sem prejuízo à legislação específica vigente, incluindo, quando couber:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- d) despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, conforme Resolução Normativa nº 465/2021, ou outra que vier substituí-la, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

§ 1.º. Na hipótese de realização dos referidos transplantes de doador cadáver, o beneficiário deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção.

§ 2.º. Para fins do disposto no inciso XII do *caput*, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I. em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irão avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento

odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II. os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

CAPÍTULO IV

Da cobertura hospitalar com obstetrícia

Art. 42. A segmentação hospitalar com obstetrícia para os beneficiários inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** compreende toda a cobertura definida neste regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento, observadas as seguintes exigências:

I. cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

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

II. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30

(trinta) dias após o parto; e

III. opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, sendo vedada qualquer alegação de Doenças e Lesões Preexistentes – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT ou agravo.

Parágrafo Único - Para fins de cobertura do parto normal, listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, este procedimento, poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o disposto no art. 6º da Resolução Normativa n.º 465, de 24 de fevereiro de 2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou outra que vier a substituir.

CAPÍTULO V

Da cobertura para saúde mental

Art. 43. Ao beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10.^a Revisão (CID 10) mediante solicitação em parecer específico do médico assistente.

Art. 44. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Art. 45. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10.^a Revisão (CID 10), inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos quando devidamente listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e respeitados os critérios das Diretrizes de Utilização – DUT, vigente à época.

Art. 46. A cobertura hospitalar garantirá o custeio para tratamento dos transtornos psiquiátricos, conforme disposto nas Diretrizes de Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, incluídos os atendimentos das lesões auto infligidas.

Parágrafo único - 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 Suplementar – ANS e da Fundação Assefaz.

CAPÍTULO VI

Assistência odontológica

Art. 47. O plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** oferece as coberturas para serviços odontológicos realizados em ambiente ambulatorial conforme o Rol de Procedimentos Odontológicos, taxativamente, desde que prestados por clínicas de odontologia e por dentistas devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia do local onde atuem, mediante apresentação da carteira de identificação do usuário e respeitados os prazos de carência e os limites estabelecidos neste regulamento.

CAPÍTULO VII

Das exclusões de cobertura

Art. 48. Estão excluídos das coberturas do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** os seguintes procedimentos, eventos e serviços:

- I. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- II. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- III. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- IV. órteses e próteses e seus acessórios para fins estéticos;
- V. órteses e próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VI. inseminação artificial;
- VII. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em SPAs, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- VIII. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- IX. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao da unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos IX e X do art.18, e ressalvado o disposto no art. 13, obrigatórios, previstos na legislação de regência;
- X. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XI. estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente

hospitalar;

- XII. asilamento de idosos;
- XIII. atendimento domiciliar (home care), incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar.
- XIV. fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, e o tratamento proposto não esteja registrado em manual/bula (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA);
- XV. despesas com hospitais, médicos e entidades não credenciadas e não relacionadas no Manual de Orientação oferecido pela operadora, exceto nos casos de urgência e emergência;
- XVI. atendimento a domicílio dos beneficiários;
- XVII. cirurgias plásticas em geral com finalidade estética;
- XVIII. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XIX. necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XX. aplicação de vacinas preventivas;
- XXI. transplantes, à exceção de córnea, medula e rim, e dos transplantes autólogos, ou conforme Rol vigente a época do evento;
- XXII. especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- XXIII. atendimentos prestados antes do início de vigência de adesão ou do cumprimento de carências;
- XXIV. todos os procedimentos, eventos, materiais, acessórios e serviços não listados neste regulamento;
- XXV. procedimentos ambulatoriais solicitados no curso de exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XXVI. alimentação fornecida pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para os pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como do dependente maior e inscrito na condição de portador de necessidades especiais;

XXVII. despesas extras quando da internação do beneficiário em acomodação superior à contratada;

XXVIII. tratamento prescrito por profissional não habilitado;

XXIX. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXX. cirurgia para mudança de sexo, exceto no processo transexualizador; e

XXXI. procedimentos que não constem no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à data do evento.

§ 1.º. Para fins do inciso II do *caput* deste artigo, são considerados tratamento clínico ou cirúrgico experimental aqueles que:

I. empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/regularizados no país;

II. considerado experimental 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; ou

III. não possuem as indicações descritas na bula/manual registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (uso *off label*).

§ 2.º. Para fins do disposto no inciso III e IV do *caput* deste artigo, se entende como procedimentos estéticos aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo

humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

§ 3.º. No que concerne ao disposto no inciso VI do *caput*, se entende como inseminação artificial a técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

§ 4.º. Não fazem parte da cobertura do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** as despesas hospitalares extraordinárias, enfermagem em caráter particular, estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares e o aluguel de equipamentos hospitalares e similares.

CAPÍTULO VIII

Da garantia de atendimento de urgência e emergência

Art. 49. Para atendimentos de urgência e emergência a cobertura será imediata, ou seja, a partir do início da vigência e da assinatura da Proposta de Adesão do beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, até mesmo se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

I. caso de emergência: é a constatação médica de condições de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento

intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato; e

II. caso de urgência: a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Art. 50. O beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** cuja cobertura abrange o atendimento ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, terá garantia de assistência nos casos de urgência e emergência que evoluírem para internação a partir da sua admissão até a alta, desde que já tenha cumprido o período dos prazos de carência e os limites estabelecidos neste regulamento.

Art. 51. O plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** prevê a cobertura de remoção após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao beneficiário.

Art. 52. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência do plano, para os beneficiários que tenham cumprido o período de carência, observando-se que:

I. quando não puder haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Assefaz desse ônus;

II. caberá à Assefaz o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do Sistema Único de Saúde - SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

III. a Assefaz deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber;

IV. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II deste artigo, a Assefaz estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

TÍTULO IV DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CAPÍTULO I Da autorização prévia

Art. 53. Para os beneficiários inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, a Fundação adotará como mecanismos de regulação a autorização prévia para os procedimentos eletivos, conforme a tabela CBHPM/TUSS (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos / Terminologia Unificada da Saúde Suplementar).

Art. 54. A avaliação da autorização dos procedimentos eletivos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo definido pela legislação vigente, a partir do momento da solicitação, sendo facultada à Assefaz a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Art. 55. O prazo referido no artigo anterior passará a contar a partir

do recebimento da demanda pela Assefaz.

Art. 56. Os casos caracterizados como urgência e emergência não necessitam de autorização prévia.

CAPÍTULO II Da junta médica

Art. 57. As operadoras devem garantir, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, a realização de junta médica ou odontológica, com vistas a solucionar divergências em relação ao procedimento indicado e avaliação clínica do profissional assistente, conforme estabelecido na legislação de regência.

TÍTULO V DAS CARÊNCIAS, DA PORTABILIDADE, DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES E DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

CAPÍTULO I Da carência

Art. 58. A garantia de acesso à cobertura prevista para o plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** somente passará a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência descritos a seguir, contados a partir da assinatura da proposta de adesão por parte do beneficiário.

§ 1.º. Período de carência previsto para assistência com

segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetria:

- I. cobertura imediata para os atendimentos decorrentes de urgência e emergência
- II. 30 (trinta) dias para consultas e exames simples;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos, bem como internações clínicas ou cirúrgicas, exames e procedimentos especiais; e
- IV. 300 (trezentos) dias para os partos a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez.

§ 2.º. Período de carência previsto para a assistência odontológica:

- I. cobertura imediata para os atendimentos decorrentes de urgência e emergência;
- II. 60 (sessenta) dias para assistência preventiva;
- III. 90 (noventa) dias para dentística restauradora e odontopediatria;
- IV. 120 (cento e vinte) dias para cirurgia oral menor; e
- V. 180 (cento e oitenta) dias para endodontia, periodontia e prótese.

Art. 59. Havendo 30 (trinta) beneficiários ou mais inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** e pertencentes ao respectivo convênio, no momento da adesão do beneficiário, não será exigido o cumprimento de carência, desde que ele formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do convênio de adesão ou de sua vinculação a Patrocinadora ou efetivo vínculo à Assefaz, caso este último seja empregado da operadora.

Art. 60. Ficarão isentos do cumprimento de carência:

I. o filho (a) recém-nascido do beneficiário, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento;

II. o filho (a) adotivo, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção. Para inscrição de filho adotivo do beneficiário titular ou beneficiário dependente quando o adotado tiver mais de 30 (trinta) dias ou até 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário responsável legal;

Parágrafo Único - A legislação de regência, estabelece essa garantia de cobertura ao recém-nascido, filho natural ou adotivo durante os primeiros 30 (trinta) dias, desde que o beneficiário responsável não esteja em curso do cumprimento das carências definidas em contrato.

III. o cônjuge ou companheiro (a) do (a) titular, desde que sua inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da data do casamento ou união estável, comprovada pela certidão de casamento ou declaração de escritura pública expedida por cartório;

IV. o novo servidor (a) ou ocupante de cargo efetivo, seus dependentes e grupo familiar, se a adesão ao plano de saúde ocorrer dentro de 30 (trinta) dias do efetivo exercício;

V. o filho (a) menor de 12 anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pelo beneficiário titular, se a adesão ocorrer em até 30 (trinta) dias do citado reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário titular;

VI. o enteado (a), desde que sua inscrição ocorra no prazo de até 30 (trinta) dias após o casamento do seu genitor com o beneficiário titular do plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**;

VII. o menor sob guarda, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da expedição do Termo de Guarda;

VIII. a transferência entre planos do beneficiário titular ou

de seus dependentes diretos e dependentes agregados dar-se-á com o cumprimento dos prazos de carência para as coberturas não contempladas no plano anterior, incluindo acomodação superior e prestadores. Caso o beneficiário ainda esteja cumprindo carência no ato da transferência para outro plano, este prazo restante será mantido;

IX. a cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial será permitida a adesão de novos beneficiários titulares sem o cumprimento dos prazos de carência/ Cobertura Parcial Temporária - CPT, desde que:

a) o beneficiário comprove seu vínculo com o Patrocinador;

b) a solicitação de adesão seja protocolada em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato;

c) as novas adesões de beneficiários titulares com isenção de carência coletivo empresarial serão estendidas ao grupo familiar consanguíneo e por afinidade, bem como ao cônjuge ou companheiro (a) do titular conforme expresso no contrato de patrocínio e limitado às normas legais e regulatórias vigentes.

§ 1.º. A inscrição dos beneficiários citados neste capítulo deverá observar as condições de elegibilidade previstas no presente regulamento e no convênio de adesão celebrado entre a Assefaz e o Patrocinador.

§ 2.º. O termo “guarda” abrange a guarda provisória ou permanente, nos termos dos artigos 33, 34 e 35 da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3.º. A antecipação das contribuições mensais não isentará/ antecipará os prazos de carências estipulados neste artigo.

CAPÍTULO II

Da portabilidade

Art. 61. O beneficiário inscrito no plano de saúde **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** tem o direito de mudar de plano privado de assistência à saúde, dispensado do cumprimento de períodos de carências ou Cobertura Parcial Temporária - CPT relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na mesma operadora ou de outra operadora, observados os requisitos dispostos na Resolução Normativa nº 438 de 2018 editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra que vier a substituí-la.

CAPÍTULO III

Das doenças e lesões preexistentes e da cobertura parcial temporária

Art. 62. Em conformidade com a legislação vigente, no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, sendo operado por entidade classificada na modalidade de autogestão, com número e participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não poderá haver cláusula de agravo ou Cobertura Parcial Temporária - CPT nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

§ 1.º A carência para Cobertura Parcial Temporária - CPT será por período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses a partir da contratação e/ou adesão ao plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**.

§ 2.º Os procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e eventos cirúrgicos, serão cobertos desde que relacionados

exclusivamente às Doenças e Lesões Preexistentes - DLPs declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal na declaração de saúde, preenchida no ato da adesão.

§ 3.º Nos casos de Cobertura Parcial Temporária - CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista.

§ 4.º Nos casos de urgência e emergência, ainda que relativos a doenças preexistentes, será obrigatória a cobertura dos atendimentos:

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

§ 5.º As Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao plano.

§ 6.º No momento da pré-inscrição, o beneficiário deverá preencher o Formulário de Declaração de Saúde, e receber a Carta de Orientação ao beneficiário relativas as condições legais para o cumprimento de carências nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes – DLP's.

§ 7.º Se for identificado indício de fraude por parte do beneficiário ou seu representante legal, quanto à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente, este será comunicado imediatamente para retificação da Declaração de Saúde, podendo a ASSEFAZ oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS,

nos termos da Resolução Normativa Nº 558/2022 da referida Agência Reguladora ou outra que venha a substituí-la, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária.

§ 8.º. Os procedimentos de alta complexidade se encontram especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponível no *site* www.ans.gov.br.

§ 9.º. Exercendo prerrogativa legal, a ASSEFAZ não optará pelo fornecimento do Agravo.

TÍTULO VI DO REEMBOLSO E DA ASSISTÊNCIA FARMACOLÓGICA

CAPÍTULO I Da garantia de reembolso

Art. 63. Será garantido ao beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos na assistência médico, hospitalar, ambulatorial, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, sempre que for constatada a ausência dos serviços de prestadores da rede assistencial médico-hospitalar deste plano.

Parágrafo Único - Os ressarcimentos dos valores previstos no *caput* deste artigo serão integrais, observadas as exigências previstas neste capítulo e cumpridos os requisitos do parágrafo quinto do artigo 86 deste regulamento.

Art. 64. Será garantido ao beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos eletivos, médico-hospitalar, ambulatorial, na modalidade Livre Escolha, que ocorre quando o beneficiário utiliza os serviços de profissionais ou instituições de sua escolha e não de credenciados da operadora de saúde. O pagamento será efetuado com base nos referências de preços praticados pela Operadora, as solicitações de reembolso serão analisadas técnica e administrativamente pela ASSEFAZ e se dará nos seguintes moldes e limites:

I. nos casos das consultas, será reembolsado o valor da tabela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – vigente por ocasião do procedimento/ evento ou outra que vier a substituí-la, independentemente do valor pago pelo beneficiário, sendo reembolsado integralmente nos casos em que não houver rede de cobertura no local;

II. as tabelas a serem utilizadas para o cálculo do valor de reembolso de procedimentos médicos serão a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) – vigente por ocasião do procedimento/evento ou outra que vier substituí-la;

III. a tabela a ser utilizada para o cálculo do valor de reembolso de procedimentos não médicos (terapias), será a tabela Assefaz para reembolso de procedimentos /eventos não médicos ou outra que vier a substituir;

IV. a tabela a ser utilizada para o cálculo de insumos (materiais e medicamentos) será a tabela de referência definida pela Assefaz ou outra que vier substituí-la;

V. a tabela a ser utilizada para o cálculo do valor de reembolso de taxas, será a tabela Assefaz para reembolso de taxas ou outra que vier substituí-la;

VI. as tabelas a serem utilizadas para o cálculo do valor de reembolso de procedimentos odontológicos será a VRPO (Valores Referenciais de Procedimentos Odontológicos) vigente na ocasião do evento, ou outra que vier a substituir;

VII. o valor do reembolso não será inferior ao valor constante nas tabelas utilizadas para os procedimentos médico-hospitalares, conforme prevê o inciso IX do artigo 2.º, da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU n.º 8, de 3 de novembro de 1998, ou outra que vier substituí-la;

VII. caso o custo real das despesas seja inferior ao valor fixado na tabela ou ao valor praticado pela rede credenciada, o ressarcimento será feito na importância efetivamente paga.

§ 1.º. As tabelas a serem utilizadas para o reembolso estarão disponíveis para consulta no *site* da Fundação (www.assefaz.org.br).

§ 2.º. As dúvidas referentes ao método de reembolso poderão ser sanadas por meio do *site* da Fundação (www.assefaz.org.br), pelas Gerências Regionais ou pelos Postos de Atendimento.

§ 3.º. O reembolso obedecerá à tabela de honorários médicos prevista nos incisos I e II deste artigo, não podendo ultrapassar em hipótese nenhuma os valores registrados na Nota Fiscal e pagos pelo beneficiário.

§ 4.º. No modelo de livre escolha, o beneficiário poderá utilizar os serviços médicos e não médicos de sua preferência, mesmo não sendo credenciado à rede assistencial da Assefaz. Nesses casos, o reembolso será realizado em conformidade com os parâmetros remuneratórios praticados pela Fundação, em relação aos prestadores de serviços médico-hospitalares e não médicos credenciados ou referenciados, após a realização do pagamento das despesas médicas e solicitação formal do reembolso.

§ 5.º O pagamento será efetuado com base nos referências de preços praticados pela operadora. As solicitações de reembolso serão analisadas técnica e administrativamente pela Assefaz.

Art. 65. A análise para o reembolso previsto neste regulamento será efetuada mediante o preenchimento do pedido de reembolso feito pelo beneficiário titular e a apresentação dos seguintes documentos originais:

I. relatório completo do médico assistente, em letra legível, que deverá indicar a especialidade e o CRM do profissional, e declarar o diagnóstico e CID, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de emergência relatadas;

II. conta hospitalar detalhada, constando os procedimentos, as diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, representados por Nota Fiscal, devidamente quitada com carimbo e/ou autenticação mecânica;

III. recibos quitados de honorários médicos, assistentes, auxiliares e anestesistas, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF; e

IV. a lista completa de documentos necessários para solicitação de reembolso está disponível no *site* da Fundação Assefaz www.assefaz.org.br, pelas Gerências Regionais, Postos e Central de Atendimento.

§ 1.º. Para os dependentes e agregados inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, os valores a serem reembolsados serão os mesmos dos estabelecidos para o beneficiário titular.

§ 2.º. Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas em documentos originais, devidamente conferidos e aceitos com protocolo.

§ 3.º. A Assefaz não se responsabilizará pelas despesas não previstas no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS realizadas pelo beneficiário titular, dependentes e agregados inscritos

no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**.

§ 4.º. Para fins de reembolso de procedimento, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada e listada neste capítulo, no prazo máximo de 12 (doze) meses contados do atendimento, sob pena de decair o direito ao reembolso, conforme disposto no ART. 211 do Código Civil.

§ 5.º. Em caso de óbito do titular, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou a quem o juiz determinar, mediante apresentação de alvará judicial.

§ 6.º. Nos casos dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, mantidos por força dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o reembolso será concedido ao responsável legal.

CAPÍTULO II

Da assistência farmacológica

Art. 66. O beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** terá direito ao reembolso de 50% (cinquenta por cento) das despesas efetuadas com aquisição de medicamentos alopáticos, homeopáticos e manipulados, ou poderá usufruir do mesmo percentual de desconto no ato da compra pela Drogaria Vitabel, conforme orientação disponível no site da Assefaz (www.assefaz.org.br).

§ 1.º. O beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** terá direito ao reembolso das despesas com vacina, que corresponderá aos valores constantes da Tabela Assefaz de Vacina, disponibilizada no *site* da Fundação (www.assefaz.org.br).

I. terão cobertura de reembolso as vacinas constantes na tabela de vacinas da Assefaz, disponibilizada no *site* da Fundação (www.assefaz.org.br);

II. a Fundação Assefaz não oferece cobertura para:

- a) Vacinas não constantes da referida tabela;
- b) Vacinas não reconhecidas pelo órgão oficial governamental e/ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- c) Vacinas fora do calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria.

§ 2.º Para se habilitar ao reembolso previsto no *caput* e no parágrafo primeiro deste artigo, o beneficiário titular deverá apresentar à Assefaz os seguintes documentos originais e sem rasuras:

- I. cartão de identificação do beneficiário;
- II. receita médica;
- III. nota fiscal;
- IV. laudos de exames complementares, quando necessário; e
- V. relatório médico, quando necessário.

§ 3.º. O receituário apresentado deverá obrigatoriamente conter:

- I. nome completo do paciente;
- II. identificação do profissional assistente (nome, assinatura, CRM legível e especialidade do profissional, sob qualquer forma de impressão);
- III. data do atendimento (dia, mês e ano);
- IV. identificação dos produtos prescritos;
- V. posologia; e
- VI. duração do tratamento (período durante o qual o medicamento deverá ser utilizado).

§ 4.º. A Nota Fiscal deverá obrigatoriamente ser preenchida com as seguintes informações:

- I. nome e quantidade dos produtos adquiridos;
- II. valor pago por cada produto adquirido;
- III. valor total pago; e
- IV. data da compra.

a) caso o produto tenha desconto, o valor deverá ser especificado na nota/cupom fiscal; e

b) o valor do desconto previsto na alínea “a” não será reembolsável.

§ 5.º. A Assefaz somente aceitará a prescrição de medicamentos compatíveis com a especialidade do médico que assina a receita, observadas as seguintes exigências:

I. serão acatadas receitas emitidas por dentistas para as seguintes classes de medicamentos:

- a) analgésicos;
- b) anti-inflamatórios; e
- c) antibióticos.

II. somente será efetuado o reembolso das despesas efetuadas com aquisição de medicamentos previstos no *caput* deste artigo se houver a comprovação documental original, devidamente conferida e aceita com protocolo.

§ 6.º. O prazo máximo para a solicitação do reembolso de medicamentos é de 90 (noventa) dias a contar da data de aquisição do produto.

§ 7.º. O reembolso será efetuado pela Assefaz em até 30 (trinta)

dias após o recebimento da solicitação, desde que apresentada toda a documentação e obedecidas às especificações deste capítulo.

§ 8.º. As solicitações de reembolso serão analisadas técnica e administrativamente pela Assefaz, que efetuará, dentro do prazo previsto no parágrafo sétimo deste artigo, o pagamento da parte do processo considerada pertinente. Havendo indeferimento total ou parcial, o beneficiário será comunicado por meio do *site* (www.assefaz.org.br), na opção “Beneficiário”, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da solicitação do reembolso.

§ 9.º. O beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** terá direito a recorrer da glosa. Para tanto, deverá apresentar novos argumentos ou documentos que possam alterar a análise do processo ou esclarecer as dúvidas existentes.

§ 10. O beneficiário terá 30 (trinta) dias corridos para apresentar o recurso de glosa previsto no parágrafo anterior, a contar da data da divulgação da glosa no *site* (www.assefaz.org.br). Findo este período sem que tenha sido apresentado recurso, as glosas serão consideradas aceitas, não cabendo mais recurso com vistas à reanálise do processo.

§ 11. Recebido o recurso de glosa, a Assefaz terá 30 (trinta) dias corridos para reanalisar o processo, à luz dos novos argumentos e/ou da nova documentação apresentada pelo beneficiário. Dentro desse prazo, a Fundação deve efetuar o pagamento da parte do processo considerada pertinente e/ou disponibilizar no *site* (www.assefaz.org.br) ao beneficiário o motivo da manutenção da glosa. Concluído este período sem que tenha sido apreciado o recurso, este será considerado integralmente acatado, devendo ser quitado durante a semana subsequente.

TÍTULO VII DA REDE CREDENCIADA

CAPÍTULO ÚNICO Da rede credenciada

§ 12. Caberá aos beneficiários consultarem o *site* da Fundação (www.assefaz.org.br) periodicamente.

§ 13. Acesse a lista completa dos documentos necessários para solicitação de reembolso por meio do *site* da Fundação (www.assefaz.org.br) pelas Gerências Regionais, pelos Postos de Atendimento ou pela Central de Atendimento.

Art. 67. Serão excluídos de cobertura os medicamentos e produtos enquadrados nos seguintes grupos:

- I. produtos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- II. cosméticos;
- III. produtos indicados para procedimentos e/ou patologias sem cobertura contratual;
- IV. produtos dietéticos;
- V. produtos odontológicos;
- VI. medicamentos de uso exclusivo hospitalar;
- VII. nutrientes e produtos alimentares;
- VIII. medicamentos para fins diagnósticos;
- IX. produtos em fase experimental;
- X. produtos indicados para fins distintos daqueles previstos em seu registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- XI. produtos contraceptivos, anticoncepcionais e anovulatórios.

Parágrafo Único - Para fins do disposto neste capítulo, deverão ser observadas as normas vigentes à época do evento.

Art. 68. Estará disponível ao beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, no *site* e no aplicativo da Fundação (www.assefaz.org.br) ou por meio da Central de Atendimento (0800 703 4545), relação contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados, contratados ou referenciados da Assefaz, obedecidas as respectivas regras que disciplinam o atendimento.

Parágrafo Único - Os beneficiários idosos, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Art. 69. A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- I. a substituição da entidade hospitalar por outra equivalente deverá ser informada aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, por meio do *site* (www.assefaz.org.br) e ficará disponível pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, na forma prevista pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- II. nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante o período

de internação de qualquer beneficiário, a Assefaz arcará com a transferência para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

III. na hipótese por substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Assefaz ou do prestador durante período de internação do beneficiário, a Fundação poderá mantê-lo no hospital, assumindo todas as despesas, ou arcar com a transferência para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional ao beneficiário, garantindo-lhe a continuação da assistência;

IV. a substituição de prestadores da assistência ambulatorial seguirá os normativos vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e estará disponível no *site* da operadora (www.assefaz.org.br), acessando “Substituição de Prestadores” para consulta do beneficiário.

§ 1.º. Caberá aos beneficiários consultarem o site da Fundação (www.assefaz.org.br) periodicamente, para obter atualização da rede credenciada.

TÍTULO VIII

DA FORMAÇÃO DO PREÇO E CONTRIBUIÇÃO MENSAL, DO REAJUSTE E DA FAIXA ETÁRIA

CAPÍTULO I

Da formação de preço e contribuição mensal

Art. 70. O valor da mensalidade a ser paga pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido, composto pelo valor de participação per capita do Patrocinador e contribuição do beneficiário, com pagamento da contraprestação pecuniária antes da utilização das

coberturas.”

Art. 71. A responsabilidade pelo pagamento da contraprestação pecuniária é do membro beneficiário titular e/ou agregados responsável financeiro (ou, quando menor ou incapaz, pelo tutor/curador), inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, sendo o Patrocinador o responsável pela contrapartida patronal per capita do titular e dependentes diretos, nos termos acordados no convênio firmado entre a Fundação Assefaz e o órgão, salvo os casos previstos nos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo Único - Os beneficiários titulares, além das responsabilidades financeiras já citadas nesta cláusula, também possuem responsabilidade solidária em relação ao pagamento do custeio do plano de seus dependentes e agregados, podendo, inclusive, serem acionados judicialmente e extrajudicialmente, por motivo de inadimplência destes.

Art. 72. As contribuições mensais serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de adesão ao plano.

Art. 73. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 74. As contraprestações pecuniárias emitidas pela Fundação Assefaz serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pelo patrocinador, sendo pró-rata a partir do desligamento do plano de saúde pelo beneficiário e pelo órgão patrocinador conveniado, e/ou pela rescisão contratual pelo conveniado.

Art. 75. Em caso de extravio do boleto, não efetivação do débito em conta ou não efetivação do desconto em folha de pagamentos,

opção exclusiva para órgãos patrocinadores que fazem o pagamento do plano de saúde via repasse, o beneficiário responsável financeiro deverá solicitar o envio da segunda via do boleto ou retirar pelo *site* da Fundação Assefaz (na área restrita do beneficiário).

Art. 76. Ocorrendo atraso no pagamento da contribuição mensal, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

Art. 77. A Assefaz não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no convênio e aqueles a este já vinculados.

CAPÍTULO II

Do reajuste

Art. 78. As contraprestações pecuniárias serão reajustadas anualmente com base em cálculo atuarial, na data do aniversário do convênio, independentemente da data de adesão individual de cada beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**.

Art. 79. A Assefaz não aplicará reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, conforme estabelecido na legislação de regência.

Art. 80. Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de contrato no mesmo plano, conforme prescreve a Resolução Normativa n.º 557, de 14 de dezembro de 2022 da

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou outros normativos que vierem substituí-las.

Art. 81. Caso ocorra adesão de até 29 (vinte e nove) beneficiários no convênio de patrocínio, o referido integrará o agrupamento com convênios em situação similar, conforme preconiza a legislação vigente, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

Art. 82. Os reajustes anuais que incidem nos planos coletivos disponibilizados pela Fundação Assefaz são elaborados com base em estudos atuariais e fórmulas definidas em normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

CAPÍTULO III

Das faixas etárias

Art. 83. A contribuição mensal do plano de saúde **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** será aquela estabelecida no convênio firmado com o Patrocinador, na data de adesão do titular, seus dependentes ou agregados, com base na distribuição de faixa etária, a saber:

Faixas Etárias:

00 – 18 anos
 19 – 23 anos
 24 – 28 anos
 29 – 33 anos
 34 – 38 anos
 39 – 43 anos
 44 – 48 anos
 49 – 53 anos
 54 – 58 anos
 59 ou mais

Art. 84. Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela prevista no parágrafo único deste artigo, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme artigo 3.º, incisos I e II da Resolução Normativa n.º 63, de 22 de dezembro de 2003, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou outra que vier substituí-la, e manter os dois pontos ao final do artigo.

I. o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da 1.ª (primeira) faixa etária;

II. a variação acumulada entre a 7.ª (sétima) e a 10.ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1.ª (primeira) e a 7.ª (sétima) faixas.

Parágrafo Único - As readequações das contribuições mensais decorrentes de mudança de faixa etária serão cobradas em conformidade com os percentuais abaixo e de acordo com a respectiva faixa:

Variação Percentual de Faixa Etária:

- 00 – 18 anos: 0% (zero por cento)
- 19 – 23 anos: 10% (dez por cento)
- 24 – 28 anos: 10% (dez por cento)
- 29 – 33 anos: 15% (quinze por cento)
- 34 – 38 anos: 15% (quinze por cento)
- 39 – 43 anos: 20% (vinte por cento)
- 44 – 48 anos: 28% (vinte e oito por cento)
- 49 – 53 anos: 30% (trinta por cento)
- 54 – 58 anos: 34% (trinta e quatro por cento)

59 ou mais: 40% (quarenta por cento)

Art. 85. As contribuições mensais são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito no plano, em conformidade com a Resolução Normativa n.º 63, de 22 de dezembro de 2003, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra que venha substituí-la.

Art. 86. Para os beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais que aderirem ao plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** não serão promovidas variações das pecuniárias em razão da idade, mas tão somente os reajustes financeiros anuais, a serem calculados com base em estudos atuariais, salvo no caso de planos criados anteriores à Lei n.º 9.656, de 3 de julho de 1998.

Art. 87. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no presente regulamento e legislação vigente e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, não se confundindo com o reajuste financeiro anual.

TÍTULO IX DO SIGILO DOS DADOS

CAPÍTULO ÚNICO Do sigilo dos dados

Art. 88. A Assefaz tratará os dados pessoais do beneficiário para fins exclusivos das atividades dos planos de saúde, comprometendo-se a respeitar os direitos de privacidade e proteção de dados pessoais de seus beneficiários e respectivos dependentes e agregados, de

acordo com a legislação em vigor, em especial ao que dispõe a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

§ 1.º. A Assefaz se compromete a implementar todas as medidas, técnicas e administrativas, e melhores esforços para proteção dos dados pessoais tratados em decorrência da execução dos serviços previstos neste Regulamento, assim como a exigir de todos seus fornecedores e credenciados o mesmo nível aceitável de proteção e segurança da informação, com base nas melhores práticas do mercado, a partir de cláusulas contratuais.

§ 2.º. Para a execução da prestação de serviços prevista neste Regulamento, a Assefaz poderá compartilhar os dados pessoais dos beneficiários com prestadores de serviços e com outras empresas por ela contratadas, agências reguladoras, entidades governamentais ou não governamentais, com o objetivo principal de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e deste Regulamento.

§ 3.º. O beneficiário fica ciente de que ao receber as credenciais de acesso ao Portal do Beneficiário, com login e senha, está de acordo com os Termos de Uso correspondentes, comprometendo-se com o não compartilhamento destas credenciais, que são de uso pessoal e intransferível.

§ 4.º. Caso ocorra modificação dos textos legais acima indicados ou de qualquer regulamento da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) ou da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que exija modificações na estrutura da prestação de serviços ou na execução das atividades de tratamento de dados pessoais previstas neste Regulamento, a Assefaz compromete-se a se adequar às condições vigentes.

TÍTULO X DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO ÚNICO Das disposições gerais

Art. 89. Integram este regulamento, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo beneficiário titular, a Declaração de Saúde do titular e dependentes, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e os anexos.

Art. 90. Qualquer tolerância ou ato de mera liberalidade praticado por parte da Assefaz não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 91. A Assefaz não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário inscrito no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO** com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

Art. 92. As reclamações ou sugestões sobre qualquer dos serviços previstos neste regulamento, deve ser encaminhadas à Assefaz com abertura de protocolo por meio físico, pelo *site* (www.assefaz.org.br) ou pelos serviços da Central de Atendimento.

Art. 93. O não cumprimento das normas aqui estabelecidas exime a Assefaz de qualquer responsabilidade quanto aos custos advindos de procedimentos adotados.

Art. 94. As omissões e dúvidas deste regulamento serão submetidas à apreciação e decisão do Conselho Deliberativo da Assefaz.

Art. 95. Os beneficiários titulares e dependentes inscritos no plano **ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO**, quando assinam a Proposta de Adesão, autorizam a Assefaz a ter acesso aos prontuários referentes aos atendimentos prestados pelo plano e as informações cadastrais solicitadas pelo Órgão de fiscalização de assistência à saúde.

Art. 96. A Assefaz disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, contendo informações individualizadas ao beneficiário titular dos seus dependentes e agregados, referentes ao plano de saúde, em conformidade com a Resolução Normativa n.º 509, de 30 de março de 2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou por outra que vier substituí-la.

Art. 97. Respeitada a legislação em vigor relacionada, as operadoras que atuam na modalidade de autogestão, se houver carência de prestadores na rede credenciada, poderão garantir o atendimento por meio de relação indireta com outra operadora, “Convênio de Reciprocidade”, de acordo com a norma vigente.

Art. 98. Para atendimentos realizados na forma do artigo anterior, a Assefaz se reserva ao direito de efetuar a qualquer momento averiguação ou pesquisa referente à documentação apresentada, bem como solicitar relatório médico para análise ou realização de perícia.

Art. 99. O não atendimento à solicitação prevista no artigo anterior, por parte do beneficiário titular, dos seus dependentes ou agregados, o sujeitará a aplicação das penalidades previstas neste regulamento, bem como ao ressarcimento à Assefaz de valores já despendidos por ela.

Art. 100. As alterações deste regulamento serão decorrentes de mudanças motivadas pelas normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS ou objeto de proposta da Diretoria-Executiva e/ou de membros do Conselho Deliberativo da Assefaz, somente sendo realizadas com a aprovação deste último.

§ 1.º. As propostas de alteração deste regulamento, obrigatoriamente, serão norteadas por:

- I. parecer atuarial evidenciando os seus efeitos sobre o custeio e equilíbrio econômico atuarial do plano, quando necessário; e
- II. parecer jurídico indicando a sua viabilidade e a inexistência de conflitos com a legislação pertinente.

§ 2.º. As alterações deste regulamento não poderão causar desequilíbrio econômico-atuarial do plano, nem conflitar com a legislação vigente e com os objetivos da Assefaz.

§ 3.º Este regulamento e seus anexos poderão ser alterados em caso de incorporação normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou de outros atos normativos previstos em legislação ordinária.

TÍTULO XI

DA DURAÇÃO DO CONTRATO, DA RESCISÃO DO CONTRATO E DO FORO

CAPÍTULO I

Da duração do contrato

Art. 101. O presente regulamento vigorará por prazo indeterminado, iniciando-se a vigência dos direitos e deveres aqui presentes com a data de assinatura do convênio de adesão com o Patrocinador ou do Termo Aditivo, com a possibilidade de adesão ou migração para o plano ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO.

CAPÍTULO II

Da rescisão do contrato

Art. 102. Por tratar-se de contrato coletivo empresarial, a rescisão do convênio de adesão operar-se-á entre a Assefaz e o Patrocinador, nos termos descritos no respectivo convênio celebrado entre estas partes.

CAPÍTULO III

Do foro

Art. 103. As partes elegem, em comum acordo e com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o foro da sede do PATROCINADOR para a solução de eventuais pendências que se originarem deste instrumento.

GLOSSÁRIO

Para efeito deste regulamento, são adotadas as seguintes definições:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: é a Agência Reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil.

Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda – Assefaz: instituição de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter beneficente, filantrópico, cultural e recreativo, que tem por finalidade prestar assistência, inclusive operando plano de saúde na modalidade de autogestão multipatrocinada, em caráter coletivo, mediante convênio empresarial, a servidores do Órgão Patrocinador-Fundador e demais patrocinadores da Administração Pública direta e entidades autárquicas e fundacionais de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Autopatrocinado: beneficiário que, em razão de perda parcial ou total da base de contribuição, permanece pagando o plano de saúde por conta própria.

Auditoria e/ou Perícia: é uma atividade profissional da área médica, odontológica e de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos para fins de diagnose e condutas terapêuticas propostas e/ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos que ditam as ações e relações humanas e sociais.

Beneficiário agregado: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende

da existência de relação de parentesco até o 4.º (quarto) grau com o beneficiário titular.

Beneficiário dependente: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência a um beneficiário titular.

Beneficiário titular: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora.

Carência: é o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual as contribuições mensais são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano, conforme disposto no inciso V do artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de julho de 1998.

Cartão de Identificação: é o documento de identificação do beneficiário para fins de utilização dos serviços. É válido somente com um documento de identidade do beneficiário.

Comunicação inequívoca: entende-se por comunicação inequívoca aquela de teor claro e objetivo e que não permite dúvida, engano ou erro.

Contribuição mensal: é o valor pago à Assefaz, pelo titular (por si e seus dependentes) e pelo agregado ou responsável, com o objetivo de contribuir com o custeio do plano.

Dependente maior: filho e/ou enteado portador de Deficiência

Incapacitante - é o dependente que tem sua deficiência declarada por seu médico assistente e reconhecida pela Empresa.

Documento comprobatório do serviço prestado: documentação exigida para fins de comprovação do serviço prestado na utilização do plano, emitida pelo profissional ou instituição prestadora do serviço ou fornecedores de aparelhos e medicamentos.

Emergência: é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Internação hospitalar eletiva: aquela programada, não emergencial.

Internação hospitalar emergencial: aquela de caráter emergencial, não programada.

Modalidade Livre Escolha: caracteriza-se pela escolha do profissional liberal da área de saúde, clínica, hospital e laboratorial, não conveniado com a Assefaz.

Patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

Per capita: valor estabelecido pelo órgão patrocinador, com a finalidade de custear a assistência à saúde complementar dos servidores.

Plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

Plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário encontra-se vinculado para ter direito à portabilidade de carências.

Plano ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO: é um plano coletivo empresarial de abrangência nacional, com segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, com padrão de acomodação de internação apartamento, área de atuação em todo território brasileiro, de preço preestabelecido e administrado pela Assefaz.

Portabilidade de carências: é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou Cobertura Parcial Temporária, relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observados os requisitos dispostos na Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que dispõe sobre o assunto.

Portador de transtorno psiquiátrico: beneficiário que possui sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação), em situação instável do ponto de vista clínico e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional e codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados - CID 10, 10.^a Revisão.

Prazo de permanência: é o período ininterrupto em que o beneficiário deve permanecer vinculado ao plano de origem para se tornar elegível ao exercício da portabilidade de carências.

Prestador de serviços: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

Reciprocidade: é o ato de conveniar a uma operadora de planos de saúde que ofereça condições similares ao plano contratado para utilização da rede credenciada de profissionais ou instituições de saúde, nas localidades em que haja insuficiência da rede de prestadores da Assefaz, de modo a prestar atendimentos aos usuários dos planos, permutando os serviços e observando as normas de cada participante. O interesse recíproco fica caracterizado pela junção de interesse comum e esforços entre as operadoras na busca deste objetivo, que é a assistência prestada na área geográfica de influência e abrangência da conveniada.

Urgência: é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

ANEXO I

Documentação obrigatória no ato da contratação do plano de saúde e/ou inclusão de dependentes e agregados (cópias simples e legíveis):

BENEFICIÁRIO TITULAR:

- a) RG/CPF (ou CNH).
- b) Comprovante de residência com CEP.
- c) Comprovante de dados bancários.
- d) Contracheque atual.
- e) Termo de Posse (somente servidores recém-empossado).

CÔNJUGE:

- a) RG/CPF (ou CNH).
- b) Certidão de Casamento Civil.

COMPANHEIRO(A)/UNIÃO HOMOAFETIVA:

- a) RG/CPF (ou CNH).
- b) Escritura pública declaratória de união estável registrada em cartório.

FILHOS, ENTEADOS, TUTELADOS, MENOR SOB GUARDA:

- a) **Filhos:** Certidão de Nascimento e CPF.
- b) **Enteados:** Certidão de Casamento (Pai/Padrasto; Mãe/Madrasta), Certidão de Nascimento e CPF.
- c) **Filhos Adotivos/Menor sob Guarda:** Sentença de adoção ou documento tutelar legal, Certidão de Nascimento e CPF.

AGREGADOS – LIMITADO AO GRAU DE PARENTESCO DEFINIDO PELO ÓRGÃO:

- a) Certidão de Nascimento e CPF.
- b) RG / CPF ou CNH.
- c) Documento oficial, suficiente para comprovação do grau de parentesco com o titular.

Exemplos:

NORA / GENRO/ CUNHADO(A) / SOGRO(A):

- RG e CPF ou CNH.
- Certidão de Casamento ou União Estável.

PAI / MÃE / IRMÃOS / TIOS:

- RG e CPF ou CNH (para maiores).
- Certidão de Nascimento e CPF (para menores).

NETOS / SOBRINHOS:

- RG e CPF (PAI / MÃE).
- RG e CPF ou CNH (para maiores).
- Certidão de Nascimento e CPF (para menores).



CENTRAL DE ATENDIMENTO

 0800 703 4545  +55 61 99266-1978

    assefazoficial

 assefaz.org.br