TOSCANO DE BRITO SERVIÇO REGISTRAL RTD/PJ

Associação dos Auditores Fiscais do Estado da Paraíba – AFRAFEP

REGULAMENTO DO PLANO DE SAÚDE AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL

Registro na ANS nº 492.796/22-6

Em conformidade com o Anexo I da IN nº 23/2009 da ANS

DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

Art. 1º. A Associação dos Auditores Fiscais do Estado da Paraíba - AFRAFEP é uma Associação sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 09.306.242.0001-82, com sede na rua Corálio Soares de Oliveira, nº 497, Centro, CEP: 58013-260, João Pessoa, Paraíba, com Autorização de Funcionamento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 33028-1, classificada na ANS como "autogestão" sem mantenedor e sem patrocinador, doravante podendo ser designada de Operadora de Plano de Saúde – OPS ou simplesmente AFRAFEP.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO DE SAÚDE

Art. 2º. A AFRAFEP disponibiliza o AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, plano de saúde coletivo por adesão, com segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e área geográfica de abrangência nacional (em todo território do Brasil), que também é a área de atuação, cobertura e operação do produto, não havendo serviço ou coberturas adicionais não previstas na Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Art. 3º. O AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL é plano de saúde registrado na ANS sob o nº 492.796/22-6, regulamentado pela Lei 9.656/98, e tem acomodação hospitalar individual (em apartamento).

Art. 4º. Os valores mensais a serem pagos pela cobertura assistencial disponibilizada serão pós-estabelecidos, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas assistenciais, nos termos deste Regulamento, observando-se o sistema mutualista.

ATRIBUTOS DO REGULAMENTO

Art. 5º. O AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9.656 de 03 de Junho de 1998, de prestação de serviços continuada, visando a Assistência Médico-Hospitalar **exclusivamente para o que constar no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, vigente à época do evento, acobertando, **dentro dessa limitação**, todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde integrantes de rede própria ou credenciada pela AFRAFEP.

Art. 6º. O presente Regulamento reproduz as cláusulas obrigatórias impostas pela ANS (anexo I da IN 23/20019 da DIPRO-ANS), traça as diretrizes do plano de assistência à saúde, com características de instrumento jurídico de adesão, sendo assim bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil brasileiro vigente.

DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 7º. Podem aderir ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL as seguintes pessoas, designadas de beneficiários, considerando-se critério de elegibilidade ao plano de saúde:

I- Sócios da AFRAFEP;

II- Pensionista do beneficiário descrito na alínea anterior, desde que se torne sócio da AFRAFEP nos termos do Estatuto social da entidade;

III- Outros beneficiários que os atos normativos da ANS considerem elegíveis ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, respeitado o Estatuto social da entidade;

IV- Na qualidade de dependentes, o grupo familiar dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao cônjuge / companheiro(a) e parentes até o quarto grau de parentesco por consanguinidade e segundo grau de parentesco por afinidade (ou outro grau permitido pela ANS), respeitado o que dispõe o Estatuto social da AFRAFEP.

§ 1º. A adesão e permanência ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL do grupo familiar a que se refere o inciso IV do *caput* deste artigo, dependerá da participação do beneficiário titular no plano de assistência à saúde.

§ 2º. A adesão ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL dependerá de prévia comprovação de elegibilidade do beneficiário, podendo a AFRAFEP, a qualquer momento, solicitar documentação confirmatória.

§ 3º. O não atendimento da solicitação referida no § 2º acarretará no cancelamento do vínculo do beneficiário ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL por falta de elegibilidade.

§ 4º. Atendidos os critérios de elegibilidade, é garantida a inscrição do menor de 12 (doze) anos, filho adotivo do beneficiário, como dependente, com aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da adoção.

§ 5º. Atendidos os critérios de elegibilidade, é garantida a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, com aproveitamento dos prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário (pai ou mãe), desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do nascimento. A inscrição de dependente nesses termos, dentro dos 30 (trinta) dias contados do nascimento, impossibilita a alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) ou a exigência de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

§ 6º. O óbito do beneficiário titular do plano de saúde naturalmente extingue seu vínculo associativo com a AFRAFEP e seu vínculo com o plano de saúde AFRAFEP SAÚDE PLUS

TOSCANO DE BRITO SERVIÇO REGISTRAL RTD/PJ

NACIONAL, extinguindo consequentemente o vínculo de todos os dependentes, salvo se observado o disposto no §2º do art. 31 deste Regulamento.

Art. 8º. A adesão dos beneficiários ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, atendidos os critérios de elegibilidade, se dará por meio de assinatura de Termo de Adesão ao plano de saúde coletivo, representando total concordância aos termos deste Regulamento.

DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 9º. O AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL garante **cobertura assistencial exclusivamente ao que consta no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento**, acobertando, **dentro dessa limitação**, todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º. Ao beneficiário do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL é garantido:

I- Atendimento nos casos de planejamento familiar de que trata o inciso III do art. 35-C da Lei 9.656/98, que envolvem atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previsto em atos regulamentares da ANS;

II- Cobertura dos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento que necessitem de anestesia, com ou sem participação de médico anestesiologista, caso haja indicação clínica;

III- Atendimento, dentro da segmentação e da área geográfica de abrangência estabelecida neste Regulamento, assegurada independentemente do local de origem do evento;

IV- Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

V- Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

VI- Cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o estabelecido nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento;

VII- Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

VIII- Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento, que podem ser realizados tanto por fisiatra, como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

IX- Cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

X- Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

XI- Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento;

XII- Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais e de apoio de estrutura hospitalar;

XIII- Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

XIV- Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento;

XV- Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme dispõe os atos normativos do Conselho de Saúde Suplementar e da ANS, específicos sobre o tema e em vigor à época do evento;

XVI- Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela AFRAFEP, é garantido ao beneficiário o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional;

XVII- Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

XVIII- Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, em casos de internação hospitalar;

XIX- Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

XX- Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, em situações de internação hospitalar;

XXI- Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites da abrangência geográfica do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL prevista neste Regulamento;

RTD/PJ

XXII- Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico assistente, nos seguintes casos de internação hospitalar: *a)* crianças e adolescentes menores de 18 anos; *b)* idosos a partir dos 60 anos de idade e *c)* pessoas portadoras de deficiência;

XXIII- Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

XXIV- Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso (não incluídos os honorários dos profissionais responsáveis pela execução do procedimento, como o dentista e anestesista), incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, nos termos e amplitude estabelecidos nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento;

XXV- Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar, conforme indicação expressa do médico assistente:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

c) procedimentos radioterápicos previstos nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento;

g) embolizações listadas nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos atos normativos da ANS em vigor à época do evento;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, dos pacientes submetidos aos transplantes listados Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

XXVI- Cobertura de 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;

XXVII- Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgão e funções, nos termos e limites estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

XXVIII- Cobertura de hospital-dia exclusivamente para transtornos mentais e de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento. Entende-se por hospital-dia para transtornos mentais o recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar;

XXIX- Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

XXX- Cobertura de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob as expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

XXXI- 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 por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

TOSCANO DE BRITO SERVIÇO REGISTRAL RTD/PJ

XXXIII- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

XXXII- 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, observando-se sempre a elegibilidade do recém-nascido.

§ 2º. O limite quantitativo ou temporal de sessões, exames e demais procedimentos e eventos em saúde com cobertura assistencial, será aquele estabelecido pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, devendo-se observar sempre as Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS, quando existentes.

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 10. **Além dos procedimentos, materiais e eventos em saúde não inseridos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** vigente à época do evento, **exclui-se da cobertura assistencial**:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses, próteses, materiais especiais e de síntese para o mesmo fim, ou seja, 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;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

VII – fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

VIII - fornecimento de órteses, próteses, materiais especiais e de síntese e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

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 - os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional que não se enquadrem, especificamente, no diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde ou outra que a substitua;

XIII - a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais;

XIV - os transplantes não constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento

XV - as despesas extraordinárias de contas hospitalares (exemplos: telefonemas, lavagem de roupa, frutas, objetos destruídos ou danificados, refrigerantes, despesas de caráter pessoal ou particular, etc.), tanto do beneficiário quanto de seu acompanhante;

XVI - sessões, entrevistas, consultas ou tratamentos de psicoterapia de grupo, testes psicotécnicos;

XVII - cirurgias destinadas à esterilização ou de microimplantes para reversão de casos de vasectomia e de laqueadura tubária;

XVIII - exames para Carteira Nacional de Habilitação;

XIX - exame de DNA para comprovação de teste de paternidade ou maternidade;

XX- medicamentos anti rejeição em casos de transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

XXI- Fertilização *in vitro*;

TOSCANO DE BRITO SERVIÇO REGISTRAL RTD/PJ

XXII- Internação domiciliar em substituição à internação hospitalar (Home Care) e outros serviços, produtos e/ou eventos em saúde em domicílio não inseridos expressamente no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento;

XXIII- Material de higiene pessoal (como fraldas, etc.), inclusive durante internação;

XXIV- Procedimento e evento em saúde, mesmo inserido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, para hipóteses não contempladas nas Diretrizes de Utilização estabelecidas pela ANS, quando existente;

XXV- Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim não estiverem expressamente especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento;

XXVI- **Todo e qualquer procedimento e evento em saúde adicional não previsto neste Regulamento ou não inserido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento com as respectivas Diretrizes de Utilização, quando existentes**.

PERÍODO DE CARÊNCIA

Art. 11. Os beneficiários titulares e dependentes somente terão garantidas as coberturas assistências do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL após atendidos os seguintes períodos de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

b) 90 (noventa) dias para consultas médicas, exames laboratoriais e radiografias simples de apoio ao diagnóstico;

c) 300 (trezentos) dias para partos a termo;

d) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos;

§ 1º. Os períodos de carência serão contados a partir da data da adesão do beneficiário ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, contados individualmente para cada beneficiário, somente sendo computados os períodos contínuos, ininterruptos de vinculação ao plano de saúde.

§ 2º. Havendo o cancelamento do vínculo do beneficiário com o AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, independentemente do motivo, a posterior nova adesão ao plano de saúde repercutirá em novo período de carência a ser cumprido.

§ 3º. Não será exigido o cumprimento de prazos de carência caso o beneficiário ingresse no AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL em até 30 (trinta) dias contados do início da vigência deste Regulamento.

§ 4º. A cada aniversário do Regulamento do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que a adesão ao plano de saúde seja formalizada em até 30 (trinta) dias contados da data do aniversário do Regulamento.

§ 5º A inclusão de beneficiário no AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL nos períodos indicados nos parágrafos 3º e 4º deste artigo não exclui a necessidade de observância de Cobertura Parcial Temporária decorrente Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), nos termos definidos neste Regulamento.

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 12. Não haverá cobertura assistencial pelo AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) à data da adesão do beneficiário ao plano de saúde, sendo disponibilizado durante esse período uma Cobertura Parcial Temporária (CPT).

§ 1º. Consideram-se Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL.

§ 2º O coordenador médico da AFRAFEP poderá exigir exames do pretenso beneficiário, para avaliação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), podendo a solicitação prévia desses exames ser objeto de regulamentação específica.

§ 3º. Para aderir ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, o beneficiário deverá preencher Declaração de Saúde, nos termos da regulamentação específica da ANS, informando o conhecimento prévio de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP). A omissão na Declaração de Saúde de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) caracterizará fraude.

§ 4º. Constatada suspeita de omissão por parte do beneficiário de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), a AFRAFEP enviará Termo de Comunicação ao beneficiário, podendo:

I. Oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT) ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses contados da data de adesão ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL;

II. Solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

§ 5º. Havendo a formal solicitação de abertura de processo administrativo perante a ANS, para julgamento do mérito da alegação de suspeita de omissão, de conhecimento prévio, de Doença ou Lesão Preexistente (DLP) por parte do beneficiário na Declaração de Saúde, não haverá, salvo por motivo diverso, negativa de cobertura assistencial, suspensão ou rescisão unilateral do vínculo do beneficiário com o AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

TOSCANO DE BRITO SERVIÇO REGISTRAL RTD/PJ

§ 6º. Não poderá ser alegada omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) quando for realizado exame ou perícia no beneficiário pela AFRAFEP, com vistas à sua admissão no plano de saúde.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 13. É assegurado ao beneficiário do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL atendimento de urgência e emergência, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da adesão ao plano de saúde, nos termos e limites estabelecidos neste Regulamento e nos atos normativos da ANS.

Parágrafo único. Considera-se procedimento de emergência os que implicarem risco imediato à vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e procedimentos de urgência os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Art. 14. Depois de cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, é garantida a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos ou funções, respeitada, em qualquer hipótese, a limitação da cobertura assistencial do plano de saúde AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL.

Parágrafo único. **Exclusivamente para os casos decorrentes de acidentes pessoais**, após as primeiras 24 (vinte e quatro) horas contadas da sua vinculação ao plano de saúde, é garantida ao beneficiário a cobertura dos atendimentos de urgência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos ou funções, respeitada, em qualquer hipótese, a limitação da cobertura assistencial do plano de saúde AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL.

Art. 15. Cumprido o prazo de carência de 24 (vinte e quatro) horas sem que tenha sido cumprido do prazo de carência para internação (180 dias), é garantida a cobertura assistencial para os atendimentos de urgência e emergência, inclusive referentes ao processo gestacional, nos seguintes termos:

a) A cobertura assistencial está limitada às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação (como em caso de procedimento próprio da cobertura hospitalar), o que ocorrer primeiro, salvo nos casos de acidente pessoal;

b) Salvo nos casos de acidente pessoal, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência nos limites acima estabelecidos, sempre que houver a necessidade de internação (como em caso de procedimento próprio da cobertura hospitalar) antes do cumprimento do prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, a AFRAFEP é responsável pelo custeio da remoção, nos termos deste Regulamento, para unidade do SUS que disponha dos recursos necessários para a continuidade do atendimento.

§ 1º. Enquanto vigorar a Cobertura Parcial Temporária (CPT) prevista neste Regulamento, sempre que houver a necessidade de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), mesmo que caracterizada a urgência ou emergência, a cobertura assistencial do plano de saúde

será limitada às primeiras 12 (doze) horas de atendimento, ou até que ocorra a necessidade de internação (como em caso de procedimento próprio da cobertura hospitalar), o que ocorrer primeiro.

§ 2º. É garantida a remoção para unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência nos limites estabelecidos neste Regulamento, sempre que houver a necessidade de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) durante a Cobertura Parcial Temporária (CPT) prevista neste Regulamento.

§ 3º. Quando não puder haver remoção do beneficiário para unidade do SUS nas hipóteses descritas neste artigo e seus parágrafos, por risco à sua vida, o beneficiário ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a AFRAFEP, desse ônus.

§ 4º. Nos casos de remoção do beneficiário para unidade do SUS, conforme especificado nos parágrafos anteriores, optando o beneficiário ou seu responsável pela continuidade do atendimento em unidade diferente das unidades do SUS, mediante assinatura de termo de responsabilidade, a AFRAFEP ficará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

§ 5º. Na remoção, a AFRAFEP deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS.

§ 6º. É garantido o reembolso, nos limites das obrigações estabelecidas neste Regulamento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde em casos de urgência ou emergência, quando realmente for impossível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela AFRAFEP, de acordo e nos limites dos valores dos serviços praticados entre a operadora e sua rede credenciada, conforme art. 16 deste Regulamento, a ser pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, observando-se o seguinte:

a) O valor do reembolso, nos casos de urgência e emergência, não poderá ser superior ao valor desembolsado pelo beneficiário, limitado sempre ao valor praticado pela AFRAFEP junto à rede de prestadores de serviços do plano de saúde AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL;

b) A relação dos documentos, prazos, procedimentos e outras questões não reguladas neste artigo e seus parágrafos, para o reembolso aqui disciplinado, serão os mesmos dispostos no artigo deste Regulamento que regulamenta o "acesso a livre escolha de prestadores" (art. 16).

ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Art. 16. Aos beneficiários do plano de saúde é permitida a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada da AFRAFEP, nas seguintes condições e termos:

a) A livre escolha de prestadores, restrita aos eventos e procedimentos com cobertura assistencial prevista neste Regulamento, é permitida apenas nas seguintes coberturas abaixo elencadas, sendo vedada em qualquer outra:

1 - Consultas Médicas;

2 - Exames Complementares;

3 – Terapias;

4 - Atendimento Ambulatorial.

b) O beneficiário será reembolsado do valor custeado por si, decorrente do acesso a livre escolha de prestadores, limitado o reembolso ao valor praticado pela operadora com sua rede assistencial para o evento/procedimento realizado, conforme tabela registrada em cartório de registro de títulos e documentos, onde constará todos os valores praticados pela operadora com sua rede assistencial, para cada um dos eventos/procedimentos citados no item anterior, ficando as atualizações da referida tabela disponibilizadas no sítio da AFRAFEP na internet para acesso exclusivo dos beneficiários. A tabela (e suas atualizações) será ainda disponibilizada na sede da AFRAFEP, para consulta dos beneficiários e, em caso de dúvida, os beneficiários poderão receber os devidos esclarecimentos por meio do setor de Atendimento da operadora.

§ 1º. Fica garantido que o reembolso ao beneficiário das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será em valor inferior ao praticado pela AFRAFEP diretamente com a sua rede credenciada de assistência à saúde. Igualmente, não haverá pagamento pela AFRAFEP em quantia superior ao valor desembolsado pelo beneficiário.

§ 2º. A análise para o reembolso previsto nos termos deste Regulamento será efetuada mediante a apresentação dos seguintes documentos originais pelo beneficiário:

1) Prescrição médica e ou relatório completo do médico assistente, em letra legível, com a especialidade e o CRM do mesmo, declarando o diagnóstico e a CID quando permitido, data do início do evento, tratamento efetuado, data do atendimento e, se o caso exigir, as condições de urgência/emergência relatadas;

2) Conta detalhada, constando diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação individualizada de materiais e medicamentos utilizados, representados por nota fiscal ou recibo;

3) Recibos de honorários e ou procedimentos realizados referentes aos médicos, auxiliares, anestesistas e assistentes, descrevendo as funções, os eventos a que se referem, data de realização do procedimento, bem como carimbo com o número do CRM e do CPF;

4) Nota fiscal do serviço/procedimento, quando os valores tiverem sido pagos a pessoa jurídica.

§ 3º. No caso de pagamento parcelado, o reembolso também será efetuado em parcelas. Uma vez atingido o limite do valor reembolsável, conforme especificado neste Regulamento, não será exigida a documentação referente às demais parcelas, quando houver.

§ 4º. Caso o custo real da despesa seja inferior aos valores fixados na tabela de reembolso, o reembolso se dará com base no valor efetivamente pago pelo beneficiário.

§ 5º. Dos valores a serem pagos pela AFRAFEP a título de reembolso, serão descontados os valores referentes à coparticipação ou franquia devidos pelo beneficiário, nos termos deste Regulamento.

§ 6º. Somente será efetuado o reembolso de despesas comprovadas com documentos originais, e quando solicitado o reembolso no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias após o evento.

§ 7º. Após a aceitação dos documentos apresentados pelo beneficiário, o pagamento do reembolso das despesas será efetuado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias.

§ 8º. Não ocorrerá reembolso de despesas realizadas através de prestadores participantes da rede assistencial da AFRAFEP.

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS, MECANISMOS DE REGULAÇÃO E OUTRAS DISPOSIÇÕES

Art. 17. Salvo os casos de urgência e emergência, os eventos e procedimentos cobertos pelo AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL necessitam de prévia autorização da AFRAFEP, nos termos da legislação própria da ANS, atendendo sempre às normas regulamentares específicas quanto à troca de informação entre operadora de plano de saúde e sua rede credenciada.

§ 1º. Salvo previsão de prazo diverso estabelecido em ato normativo da ANS para análise, autorização e resposta ao beneficiário, como aqueles definidos na RN 395/2016 ou outro normativo que a substitua, a avaliação da solicitação de procedimentos que dependem de autorização prévia será realizada no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência, sendo que em alguns casos poderá ser solicitada complementação das informações e / ou adotado procedimento de negociação para aquisição de produtos que serão utilizados pelos prestadores de serviços na execução dos serviços.

§ 2º. Os procedimentos realizados em caráter de urgência ou emergência deverão ser comunicadas à AFRAFEP no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, subsequentes à data da realização do procedimento, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração do médico assistente, a fim de que seja emitida a correspondente autorização, sob pena da não cobertura das despesas resultantes do atendimento.

Art. 18. A AFRAFEP poderá, a qualquer tempo, solicitar relatório médico sobre a necessidade do tratamento proposto.

Art. 19. O médico assistente poderá solicitar a prorrogação do tempo de internação, por intermédio de laudo fundamentado.

Art. 20. O beneficiário titular responderá integralmente por eventual obrigação financeira contraída por si ou por seus dependentes, perante profissionais ou estabelecimentos de saúde, principalmente quando:

a) Omitir a sua condição de inscrito no AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, ou deixar de providenciar junto à AFRAFEP a necessária autorização para realização do procedimento, quando lhe couber;

b) Utilizar-se de prestadores ou profissionais não credenciados, em localidade onde houver pessoa física ou jurídica credenciada que tenha disponibilidade para prestar o serviço / atendimento necessário.

Art. 21. A efetiva utilização dos serviços assistenciais assegurados pelo presente Regulamento, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, encontra-se condicionada à participação financeira do beneficiário, que pagará à AFRAFEP coparticipação ou pagará franquia ao prestador de serviços, nos seguintes moldes:

I- Coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre o valor global das despesas assistências, nas seguintes hipóteses:

a) Consultas médicas, dispensando-se a coparticipação das 05 (cinco) primeiras consultas realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

b) Fisioterapia, quando não decorrente de acidente ou de reabilitação pós-operatória e nem se enquadre em outra alínea deste inciso, dispensando-se a coparticipação das 30 (trinta) primeiras sessões realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

c) Fonoaudiologia, quando não se enquadre em outra alínea deste inciso, dispensando-se a coparticipação das 24 (vinte e quatro) primeiras sessões realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

d) Psicoterapia e Psicologia, quando não se enquadre em outra alínea deste inciso, dispensando-se a coparticipação das 40 (quarenta) primeiras sessões realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

e) Esclerose de varizes, dispensando-se a coparticipação das 10 (dez) primeiras aplicações realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

f) Pet-scan oncológico, dispensando-se a coparticipação do primeiro exame realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

g) Consulta com Nutricionista, quando não se enquadre em outra alínea deste inciso, dispensando-se a coparticipação das 12 (doze) primeiras consultas realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

h) Terapia ocupacional, quando não se enquadre em outra alínea deste inciso, dispensando-se a coparticipação das 12 (doze) primeiras consultas/sessões realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

i) Teste ergométrico, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

j) Prova de holter, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

k) Cintilografia, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

l) Ecocardiograma, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

m) Densitometria óssea, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

n) Angiografia, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

o) Ressonância magnética, quando não decorrente de acidente ou de reabilitação pós-operatória, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

p) Acupuntura, dispensando-se a coparticipação das 20 (vinte) primeiras sessões/aplicações realizadas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

q) Exames de diagnósticos (de imagens, laboratoriais e outros) não listados nos outros itens deste inciso, dispensando-se essa coparticipação enquanto não ultrapassado o quantitativo de 05 (cinco) consultas médicas no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

r) Tomografia, quando não decorrente de acidente ou de reabilitação pós-operatória, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

s) Litrotripsia ultrasônica, dispensando-se a coparticipação de 02 (dois) procedimentos realizados no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

t) Ultra-sonografia, dispensando-se a coparticipação de 03 (três) procedimentos realizados no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, estendendo-se a dispensa da coparticipação para até 06 (seis) procedimentos quando realizados para exame pré-natal, contando-se individualmente para cada beneficiário;

u) Endoscopia, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

v) Laser terapia, dispensando-se a coparticipação dos 02 (dois) primeiros procedimentos realizados no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

w) Internação em decorrência de transtornos mentais, necessitando de cuidados psiquiátricos, dispensando-se a coparticipação de 30 (trinta) dias de internação no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

x) Colonoscopia, dispensando-se a coparticipação do primeiro procedimento realizado no período de Janeiro a Dezembro de cada ano, contando-se individualmente para cada beneficiário;

y) Procedimentos / eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento e que sejam executados por método ou técnica específicos indicados pelo médico assistente;

z) Todos os outros procedimentos e eventos em saúde com cobertura assistencial não listados nos itens anteriores, salvo os procedimentos realizados em internação hospitalar não decorrente de transtorno mental e os antineoplásicos domiciliares de uso oral incluindo, nesse caso, os medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes.

II- Coparticipação em valor múltiplo de cotas (fixada conforme art. 27 deste Regulamento), em caso de internação hospitalar não decorrente de transtornos mentais, considerada a classificação dos Hospitais inserida no anexo I e os valores constantes na tabela inserida no anexo II, ambos integrantes deste Regulamento.

III- Franquia em valor múltiplo de cotas (fixada conforme art. 27 deste Regulamento), a ser paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviços no ato da utilização do serviço, não sendo esse valor de responsabilidade da AFRAFEP. A franquia será devida apenas em caso de internação hospitalar não decorrente de transtornos mentais, considerada a classificação dos Hospitais inserida no anexo I. A franquia aqui prevista somente será aplicada quando e se for formalmente regulamentada pelo Conselho Deliberativo da AFRAFEP, com a previsão das hipóteses de incidência e dos valores devidos pelos beneficiários.

§ 1º. O percentual de coparticipação estabelecido no inc. I deste artigo incidirá sobre o valor total do custo do procedimento ou evento em saúde com cobertura assistencial.

§ 2º. Os valores devidos a título de coparticipação e franquia são individualizados para cada beneficiário, sob a responsabilidade financeira do beneficiário titular, não se incluindo no rateio das despesas assistenciais, conforme dispõe este Regulamento.

§ 3º. Os valores devidos a título de coparticipação serão cobrados ao beneficiário juntamente com a mensalidade do plano de saúde, sempre que possível junto à mensalidade do segundo mês posterior à realização do correspondente atendimento.

§ 4º. Não haverá cobrança cumulativa de coparticipação e franquia para o mesmo procedimento ou evento em saúde com cobertura assistencial.

§ 5º. Não haverá cobrança de coparticipação para procedimentos hospitalares realizados em regime de urgência ou emergência, assim entendidos os atendimentos que demandam realização imediata (não agendados) pelo risco imediato de morte ou de leões irreparáveis ao paciente, incluindo os casos decorrentes de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

Art. 22. Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou credenciada da AFRAFEP, desde que observadas as disposições contidas na Súmula Normativa da Diretoria Colegiada da ANS nº 11/2007, nos termos do art. 12, I, "b" da Lei 9.656/98 e do art. 2º, VI da Resolução CONSU nº 8/98, ou outros atos normativos que venham a substitui-los.

Art. 23. Eventual alteração na rede hospitalar do plano de saúde AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, por decisão da operadora de plano de saúde, observará o disposto no art. 17 e seus parágrafos da Lei 9.656/98, com comunicação aos beneficiários e à ANS conforme estabelecido pela Agência Reguladora com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência em caso de substituição, e autorização prévia da ANS em caso de redimensionamento por redução da rede hospitalar.

Art.24. Ficarão disponibilizadas para os beneficiários as informações atualizadas dos prestadores de serviços integrantes da rede credenciada da AFRAFEP, por meios de divulgação eletrônica no sítio eletrônico da operadora de plano de saúde.

Art. 25. A AFRAFEP custeará, nos termos dispostos neste Regulamento, materiais para complementação, auxílio ou substituição de função, órgão ou tecido, como órteses, próteses, materiais especiais e de síntese (OPMES), utilizados exclusivamente nos procedimentos cirúrgicos com cobertura assistencial, cabendo ao médico assistente requisitante determinar as características das OPMES (tipo, matéria-prima, dimensões), bem como o instrumental compatível necessário e adequado à execução do procedimento, justificando clinicamente sua indicação, observando-se as práticas cientificamente reconhecidas e a legislação vigente no país, sendo-lhe vedado exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.

§ 1º. Previamente à autorização, cabe à Auditoria Médica da AFRAFEP a análise da solicitação do médico assistente requisitante, inclusive fazendo uso, quando julgar necessário, de consultoria à entidade especializada em Medicina baseada em Evidências Científicas.

§ 2º - Deliberando a Auditoria Médica da AFRAFEP pela compatibilidade da solicitação com a patologia e situação do beneficiário, será autorizado o(s) procedimento(s), sendo disponibilizado ao médico assistente requisitante e ao beneficiário, por escrito, os detalhes da autorização.

§ 3º. Julgando inadequado ou deficiente o material implantável autorizado pela Auditoria Médica da AFRAFEP, bem como o instrumental disponibilizado, o médico assistente requisitante poderá recusá-los, justificando a recusa por escrito, devendo oferecer à AFRAFEP pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que atendam às características da OPMES necessárias ao procedimento (tipo, matéria-prima e dimensões).

§ 4º. Caso persista a divergência entre o médico assistente requisitante e a Auditoria Médica da AFRAFEP, deverá ser escolhido de comum acordo um profissional com habilitação em especialidade apta a realizar o procedimento, conforme definição do CFM ou CFO. O profissional escolhido, desempatador, decidirá a questão no prazo estabelecido pela ANS conforme disposto em seus atos normativos aplicáveis ao caso.

§ 5º. Havendo divergência entre o médico assistente requisitante e a Auditoria Médica da AFRAFEP, o procedimento e as OPMES não serão cobertos pela operadora de plano de saúde antes de concluídos os trâmites especificados nos parágrafos anteriores, nos termos e formas dos atos normativos da ANS aplicáveis.

Art. 26. Quando o beneficiário estiver sob cuidados do médico responsável pela internação, a AFRAFEP não responde pelos honorários de outro médico, mesmo que da mesma especialidade, os quais, no caso, serão de responsabilidade direta do beneficiário.

FORMAÇÃO DE PREÇO, MENSALIDADE E FAIXAS ETÁRIAS

Art. 27. A contraprestação pecuniária devida pelo beneficiário à AFRAFEP, decorrente da cobertura assistencial do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, denomina-se mensalidade, na modalidade de preço pós-estabelecido, ou seja, calculado após a realização das despesas com as coberturas assistenciais e despesas administrativas.

§ 1º. As despesas assistenciais e administrativas são rateadas, dividindo-se o valor total dessas despesas entre todos os beneficiários vinculados ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, na proporção das respectivas cotas, independentemente da utilização da cobertura.

§ 2º. O valor unitário de cada cota será apurado até o dia 10 (dez) de cada mês, considerando-se:

a) O valor total das despesas assistenciais, sempre que possível as do mês anterior ao que antecede a apuração do valor unitário da cota;

b) O valor total da previsão das despesas administrativas, sempre que possível as do mês de apuração do valor unitário da cota;

§ 3º. Ao valor total das despesas apurado nos termos do § 2º, será acrescido o percentual de até 8% (oito por cento) para capitalização do Fundo de Reserva, e de até 4% (quatro por cento) destinado ao Fundo de Solidariedade, nos termos deste Regulamento.

§ 4º. O valor total apurado nos termos dos §§ 2º e 3º acima será divido pelo total de cotas existentes.

§ 5º. O valor unitário da cota será divulgado no sítio eletrônico da AFRAFEP (www.afrafep.org.br), bem como disponibilizado ao beneficiário titular através do extrato de utilização do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL.

§ 6º. A AFRAFEP divulgará, periodicamente, demonstrativo das despesas e receitas do mês apurado, informando, ainda, a quantidade de quotas consideradas para o rateio.

Art. 28. A atribuição de cotas será feita, por pessoa, em conformidade com a tabela de cotas abaixo:

Faixas Etárias	Nº de Cotas
0 a 18 anos	0,43
19 a 23 anos	0,51
24 a 28 anos	0,62
29 a 33 anos	0,73
34 a 38 anos	0,89
39 a 43 anos	1,06
44 a 48 anos	1,39
49 a 53 anos	1,73
54 a 58 anos	2,11
59 anos ou mais	2,46

§ 1º. Havendo mudança na faixa etária do beneficiário, será devido à AFRAFEP o valor da mensalidade definida para a nova faixa etária, a partir do mês subsequente ao aniversário do beneficiário.

§ 2º. Será devida, por cada beneficiário, taxa de adesão ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, nos termos e valores regulamentados pelo Conselho Deliberativo da AFRAFEP por meio de Resolução específica.

Art. 29. O pagamento da mensalidade e dos demais valores devidos à AFRAFEP pelo beneficiário, poderá ser realizado, a critério da Diretoria Administrativa da AFRAFEP (SAÚDE):

I - mediante débito em conta bancária nos bancos conveniados com a operadora de planos de saúde;

II - por meio de boleto bancário.

§ 1º. Independente da forma de pagamento, as mensalidades e demais encargos financeiros dos beneficiários, de responsabilidade do beneficiário titular, devem ser pagos até o dia 07 de cada mês.

§ 2º. O não pagamento da mensalidade e dos demais encargos financeiros, nos seus vencimentos, acarretará atualização monetária do débito, utilizando-se o índice oficial da inflação acumulado durante o período de atraso, além da imposição de juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e multa de 2% sobre o valor total do débito em atraso.

§ 3º. Não haverá distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL e aqueles já vinculados ao referido plano de saúde.

§ 4º. O servidor público, ativo ou inativo, e o pensionista, que optar pelo pagamento de suas obrigações por meio de débito em conta, terá sua mensalidade e demais obrigações financeiras quitadas até um dia após o crédito dos seus vencimentos / proventos pelo órgão público ao qual esteja vinculado.

CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 30. Caberá à AFRAFEP suspender ou excluir o beneficiário do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, nas hipóteses definidas neste Regulamento.

Art. 31. A AFRAFEP só poderá excluir o beneficiário do AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, sem sua anuência, nas seguintes hipóteses:

I - fraude;

II - perda do vínculo associativo do beneficiário com a AFRAFEP, respeitado os critérios de elegibilidade estabelecidos no art. 7º deste Regulamento;

III – perda da condição de dependente, ressalvadas situações excepcionais impostas por atos normativos específicos da ANS;

III – falecimento do beneficiário titular;

IV – quando da existência de quaisquer débitos não quitados de responsabilidade do beneficiário titular, não pagos há mais de 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vinculação ao plano de saúde, desde que a exclusão do beneficiário seja precedida de notificação extrajudicial escrita destinada ao beneficiário titular ou seu responsável, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

§ 1º. É considerado inadimplente o beneficiário que possuir quaisquer débitos para com a AFRAFEP, referente ao AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, mesmo que esteja em dia com o pagamento da mensalidade.

§ 2º. Falecendo o beneficiário titular, os seus dependentes já inscritos perante o AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL poderão permanecer com o plano de saúde ativo, com assunção das obrigações decorrentes, desde que atendidas as demais disposições constantes neste Regulamento, no Estatuto Social da AFRAFEP e nos atos normativos da ANS. Para que os dependentes já inscritos não tenham solução de continuidade na assistência prestada, logo após o falecimento do beneficiário titular é preciso que um deles, sendo elegível:

TOSCANO DE BRITO SERVIÇO REGISTRAL RTD/PJ

a) Formalize seu ingresso nos quadros associativos da AFRAFEP, nos termos do Estatuto social da entidade; e

b) Formalize em seguida sua adesão ao plano de saúde AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL na condição de beneficiário titular do plano de saúde.

DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Art. 32. Após o décimo dia de inadimplência, consecutivos ou não, a AFRAFEP, automaticamente, suspenderá a cobertura assistencial do beneficiário titular e de todos seus dependentes, notificando-o para imediato adimplemento do débito, com a advertência de que a continuidade da mora repercutirá na perda da qualidade de beneficiário, nos termos dos arts. 30 e 31 deste Regulamento.

Art. 33. O encerramento da operação do plano de saúde pela AFRAFEP, em caráter definitivo e para todos os beneficiários, só poderá ocorrer com a observância do que dispuser o Estatuto social da Associação, respeitada a instância decisória competente e os atos normativos da ANS.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34. Para manutenção das reservas garantidoras da assistência à saúde prestada pelo AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL, a AFRAFEP constitui Fundo de Reserva, com a seguinte fonte de receita:

I – o percentual de até 8% (oito por cento) estabelecido no §3º do artigo 27 deste Regulamento;

II – doações.

Parágrafo único. A utilização de valores creditados no Fundo de Reserva será regulamentado por Resolução específica do Conselho Deliberativo da AFRAFEP.

Art. 35. O Fundo de Solidariedade, capitalizado nos termos do § 3º do art. 27 deste Regulamento, será regulamentado por Resolução específica do Conselho Deliberativo da AFRAFEP, onde se definirá a destinação de seus recursos.

Art. 36. Os recursos consignados para o AFRAFEP SAÚDE PLUS NACIONAL serão movimentados em estabelecimentos de crédito, em contas separadas para aplicação e rendimentos, segundo as suas finalidades.

Art. 37. O presente Regulamento somente poderá ser modificado pelo Conselho Deliberativo da AFRAFEP, convocado especialmente para esse fim, obedecendo às disposições do Estatuto Social da AFRAFEP.

Art. 38. As dúvidas de interpretação e os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria Executiva da AFRAFEP *ad referendum* do Conselho Deliberativo da Associação.

§ 1º. A Diretoria Executiva deverá encaminhar a resolução da dúvida ou da omissão ao Conselho Deliberativo da AFRAFEP em até 30 (trinta) dias.

§ 2º. Se houver ato normativo ou entendimento da ANS aplicável ao caso, a Diretoria Executiva poderá resolver a dúvida ou o caso omisso conforme definição da Agência Reguladora sem, nesse caso, precisar encaminhar a sua resolução ao Conselho Deliberativo da Associação.

§ 3º. O beneficiário poderá formular requerimento por escrito à Diretoria Executiva da AFRAFEP, cabendo recurso para o Conselho Deliberativo da Associação no prazo de 30 (trinta) dias após cientificado o beneficiário da decisão da Diretoria Executiva.

DA VIGÊNCIA DO REGULAMENTO

Art. 39. O presente Regulamento tem vigência por prazo indeterminado, iniciando em 28/07/2022, e é uma continuação em sucessão ao antigo plano de saúde vigente desde 30 de Janeiro de 2014 e denominado AFRAFEP-SAÚDE PLUS.

ELEIÇÃO DE FORO

Art. 40. Com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, fica estabelecido o foro de onde se encontra sediada a AFRAFEP em João Pessoa, para a solução de eventuais litígios que se originem da assistência à saúde disponibilizada aos beneficiários, nos termos deste Regulamento.

TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua Candido Pessoa, 31 - CEP 58010-400
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
toscanodebrito.com.br

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURIDICA
-REGISTRO-
Documento protocolado sob nº 822030 e registrado no Livro A 1164 sob nº 822030 e folha 094 e arquivado neste Serviço.

Certifico e dou fé. João Pessoa - PB. 10/07/2023 11:01:53
SELO DIGITAL: AOL24035-SE23
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
EMOL:R$ 107,51 FARPEN:R$ 10,43 PEP-J:R$ 37,50
ISS:R$ 5,38

LEONARDO CARVALHO SOARES - ESCREVENTE

CARTÓRIO DE ERITO SERVIÇO REGISTRAL RTD/PJ

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS PARA FINS DE APURAÇÃO DO VALOR DA COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR, CONFORME ART. 21 DO REGULAMENTO

Classificação dos Hospitais	
Tipo 01	Hospitais estabelecidos no Estado da Paraíba.
Tipo 02	Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio Libanês, em São Paulo.
Tipo 03	Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco.
Tipo 04	Hospital BP Mirante, Hospital das Clínicas, Hospital Infantil Sabará, Hospital do Câncer "Fundação Antônio Prudente", Hospital Edmundo Vasconcelos, AACD Ibirapuera, INCOR (todos em São Paulo).

ANEXO II

VALOR DA COPARTICIPAÇÃO PARA CASOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NÃO DECORRENTE DE TRANSTORNOS MENTAIS, DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO TITULAR, CONFORME ART. 21 DO REGULAMENTO

Classificação dos Hospitais	Coparticipação
Tipo 01	Dispensada
Tipo 02	30 cotas (valor da cota vigente na data da realização do procedimento ou evento em saúde).
Tipo 03	15 cotas (valor da cota vigente na data da realização do procedimento ou evento em saúde).
Tipo 04	10 cotas (valor da cota vigente na data da realização do procedimento ou evento em saúde).

TOSCANO DE BRITO 2º OFÍCIO DE NOTAS

Elaine Carvalho Cesar Felix

TOSCANO DE BRITO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua Candido Pessoa, 31 - CEP 58010-460
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
toscanodebrito.com.br

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2023-008063
Reconheco por semelhanca a firma de:
ELAINE CARVALHO CESAR FELIX**********
Dou fé.Em testemunho da verdade. João Pessoa -PB.
10/07/2023 10:58:30.
SELO DIGITAL: AOL72183-SK4V
Para consulta, acesse https://selo.tjpb.jus.br
EMOL: 12,50 FARPEN: 2,50 FEPJ: 1,56 ISS:R$ 0,63

LEONARDO CARVALHO SOARES - ESCREVENTE