

REGULAMENTO
DO
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
- PAS

Abril/2009



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

ÍNDICE

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PAS

I - PAS - SAÚDE

1. Do Objetivo	5
2. Das Coberturas e Procedimentos Garantidos	5
3. Das Exclusões de Cobertura	9
4. Da Urgência e Emergência	11
5. Dos Procedimentos que Necessitam de Autorização Prévia	11
6. Dos Sistemas de Atendimento	12
7. Do Reembolso	12
8. Da Remoção	14
9. Dos Mecanismos de Regulação	14
10. Dos Prazos de Carência	16
11. Das Categorias de Associados	17
12. Dos Documentos Comprobatórios para Inscrição no Programa	19
13. Da Mudança de Plano	20
14. Da Exclusão / Cancelamento	20
15. Da Extensão de Benefícios por Morte de o Associado Titular	21
16. Da Responsabilidade	21

II – PAS - Farmacêutico

1. Do Objetivo	22
2. Dos Serviços	22
3. Do Custeio	23
4. Da Responsabilidade da FIPECq Vida	23



III – PAS – COMPLETO DE DESPESAS HOSPITALARES - CDH

1. Do Objetivo	24
2. Da Abrangência do CDH	24
3. Da Cota para as Despesas Cirúrgicas	25
4. Dos Participantes do CDH	25
5. Da Carência	26
6. Dos Reembolsos	26
7. Da Documentação Comprobatória	27
8. Dos Atendimentos não Cobertos pelo CDH	29

IV - PAS - SEGURO

1. Do Objetivo	30
2. Da Cobertura	30
3. Da Vigência	30
4. Do Valor da contribuição mensal	30
5. Da Carência	30
6. Dos Beneficiários	30
7. Dos Pagamentos dos Sinistros	31

V – PAS - ODONTOLÓGICO

1. Do Objetivo	31
2. Das Coberturas e Procedimentos Garantidos	31
3. Das Exclusões de Cobertura	35
4. Da Urgência e Emergência	36
5. Dos Sistemas de Atendimento	36
6. Do Reembolso	37
7. Dos Mecanismos de Regulação	38
8. Dos Prazos de Carência	38
9. Das Categorias de Associados	40



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

10. Dos Documentos Comprobatórios para Inscrição no Programa	42
11. Da Mudança de Plano	42
12. Da Exclusão/cancelamento	42
13. Da Extensão de Benefícios por Morte do Associado	43
14. Da Responsabilidade	44

VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Da Vigência	44
2. Do Reajuste	44
3. Da Inclusão	45
4. Do Período de Vinculação	45
5. Da Exclusão	45
6. Das Contribuições	47
7. Da Adesão ao Programa	47

VII – DISPOSIÇÕES FINAIS

47



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

REGULAMENTO

DO

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - PAS

I - PAS-SAÚDE

1- DO OBJETIVO

O **PAS-SAÚDE** - Programa de Assistência à Saúde - Saúde tem por objetivo dar cobertura aos planos de assistência à saúde dos servidores e empregados das Instituidoras e Instituidoras por Adesão, bem como o respectivo grupo familiar, contemplando a assistência médica ambulatorial, hospitalar, fisioterápica, psicológica e farmacêutica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no País, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

1.1. O objeto deste Programa se realizará por meio da contratação de Operadoras de Planos de Saúde - OPS, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos limites e condições estabelecidos neste Regulamento.

1.2. As OPS's contratadas para cobertura de cada grupo, assim como os limites de cobertura e o respectivo prazo de vigência, serão definidos pela Diretoria Executiva da FIPECq Vida e submetidos à aprovação pelo Conselho de Administração, após manifestação das Instituidoras e Instituidoras por Adesão .

2 – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

2.1. Serão cobertos os custos relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente e relacionados às doenças listadas na CID-10.



2.2. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos no item 2.1, observadas as seguintes coberturas:

2.2.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

2.2.2. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas com psicólogos e fisioterapeutas, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

2.2.3. Atendimentos caracterizados como de urgência ou de emergência por período de 12 horas;

2.2.4. Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados e na forma estabelecida na Resolução do CONSU nº 10/1998:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

- a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com



duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões para cada ano de contrato/convênio, não cumulativas;

c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

2.3. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

2.3.1. Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, relacionada às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

2.3.2. Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;

2.3.3. Diária de internação hospitalar;

2.3.4. Despesa referente a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

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

2.3.6. Taxas, incluindo materiais utilizadas durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

2.3.7. Acomodação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, nas mesmas condições da cobertura do Plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar, quando não for possível o acompanhamento;



2.3.8. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões e que estejam causando problemas funcionais;

2.3.9. Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

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

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

2.3.12. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **ASSOCIADO**, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

2.3.13. Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerado e na forma estabelecida no Rol de Procedimentos Médicos da ANS:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia;

c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia de alta dosagem;

d) hemoterapia;

e) nutrição enteral e parenteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) consulta prévia com anestesista e exames decorrentes;

i) fisioterapia;

j) acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplante de córnea e rim exceto medicação de manutenção.



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

2.3.16. Cobertura de transplantes de córnea e de rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

2.3.17. O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.

2.3.18. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela operadora, na acomodação em que o **ASSOCIADO** foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

2.3.19. Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da Operadora.

3 – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

3.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, as Resoluções da ANS e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de



atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- 3.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- 3.1.2. atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;
- 3.1.3. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- 3.1.4. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 3.1.5. Inseminação artificial;
- 3.1.6. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- 3.1.7. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- 3.1.8. Transplantes, à exceção de córnea e rim;
- 3.1.9. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- 3.1.10. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- 3.1.11. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;
- 3.1.12. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 3.1.13. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 3.1.14. Aplicação de vacinas preventivas;
- 3.1.15. Procedimentos não discriminados no item 3.1 na data do evento;
- 3.1.16. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 3.1.17. Aparelhos ortopédicos;



3.1.18. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

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

3.1.20. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.1.21 - Quaisquer procedimentos passíveis de realização em consultório odontológico e que possuam cobertura contratual, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;

4 – DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

4.2. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

4.3. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do **ASSOCIADO** ao plano, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do **ASSOCIADO**, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

4.3.1. Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;

4.3.2. Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial;

5 – DOS PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (SENHA):

5.1 - Exames Especiais e Tratamentos Ambulatoriais;



5.2 – Terapias;

5.3 – Internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas.

6 – DOS SISTEMAS DE ATENDIMENTO

Os serviços médico/hospitalares serão prestados a todos os **ASSOCIADOS** pelo sistema de credenciamento ou por livre escolha, se previsto no plano contratado pelo **ASSOCIADO**.

6.1- LIVRE ESCOLHA:

6.1.1- Os **ASSOCIADOS** poderão utilizar o sistema de livre escolha mediante pagamento direto e, posteriormente, serão ressarcidos de acordo com os múltiplos de reembolso estipulados, se previsto no plano contratado pelo ASSOCIADO, no período de 30 dias úteis, após a chegada e aceite da documentação completa na FIPECq Vida.

6.1.2- Os valores de reembolso no sistema de livre escolha estarão limitados aos múltiplos estipulados para o plano do **ASSOCIADO** e serão efetuados de acordo com os limites da Tabela do Plano contratado.

6.2- REDE CREDENCIADA:

6.2.1- Os **ASSOCIADOS** poderão utilizar a rede referenciada de médicos, laboratórios, clínicas, hospitais nas mais variadas especialidades colocadas à disposição, não necessitando efetuar qualquer pagamento sobre os eventos.

6.3 – CO-PARTICIPAÇÃO:

6.3.1 - Os **ASSOCIADOS** do **PAS – SAÚDE** terão CO-PARTICIPAÇÃO dos valores referentes às despesas com consulta médica, exames e terapias realizados na rede credenciada, se previsto no plano contratado pelo **ASSOCIADO**.

6.3.2 - A TABELA DE CO-PARTICIPAÇÃO fará parte dos planos contratados pelo **ASSOCIADO**.

7 – DO REEMBOLSO

7.1. Será assegurado o reembolso dos atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência à saúde, quando não



for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pelo plano, nas seguintes situações:

7.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

7.1.2. Quando se configurar urgência/emergência devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou;

7.1.3. Na hipótese de paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

7.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido em contrato.

7.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

7.3.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais;

7.3.2. Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários;

7.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital; e

7.3.4. Laudo anatomopatológico da lesão, quando for o caso.

7.4. Para fins de reembolso, o **ASSOCIADO** deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.



8 – DA REMOÇÃO

8.1. Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

8.2. Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude da carência de 24 horas, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

8.2.1. Quando não possa 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 operadora desse ônus;

8.2.2. Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

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

8.2.4. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 8.2.2, a operadora estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

9. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. O **ASSOCIADO** poderá se utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede credenciada, de acordo com o plano adquirido por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede credenciada, o **ASSOCIADO** não fará qualquer desembolso, cabendo à Operadora efetuar o pagamento diretamente ao credenciado, em nome e por conta do **ASSOCIADO**. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso.



9.2. Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o **ASSOCIADO**, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o cartão da Operadora do Plano de Saúde.

9.3. A Operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus usuários.

9.4. Nos casos em que a Operadora estabelecer autorização prévia, deverá ser garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1(um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ressalvadas as hipóteses de urgência ou de emergência.

9.5. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeada pelo **ASSOCIADO**, por médico da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora, exceto quando o profissional eleito pelo **ASSOCIADO** não pertencer à rede da Operadora, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

9.6. A Operadora reserva-se o direito de alterar a rede credenciada, obedecido aos trâmites legais existentes, principalmente no que se refere à mudança de entidade hospitalar, conforme art. 17 da Lei nº 9.656/1998.

9.6.1. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação ao beneficiário e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

9.6.2. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante período de internação de algum **ASSOCIADO**, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a Operadora providenciará, às suas expensas, a transferência imediata



para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

9.6.3. No caso de redimensionamento de rede hospitalar, é necessária autorização prévia da ANS.

9.7. Na hipótese de o **ASSOCIADO** optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

9.8. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade.

10 – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

10.1 - Entende-se como carência, o período em que o **ASSOCIADO** recolhe a contribuição, sem, no entanto, ter direito a utilizar os benefícios do **PAS – SAÚDE**.

10.1.1 - As carências adotadas para a cobertura médico/hospitalar estão em consonância à Lei 9.656, art. 12, inciso V – alínea a, b e c.

- a) 300 dias parto a termo;
- b) 180 dias para os demais casos: consultas, exames, tratamentos ambulatoriais e internação;
- c) 24 horas para urgência e emergência.

10.2 - As carências mencionadas nos subitens 10.1.1 poderão ser dispensadas nas condições a seguir relacionadas:

10.2.1 - Não haverá carência para os casos de Acidentes Pessoais, sofridos pelos **ASSOCIADOS**, desde que ocorra após a data do recolhimento da primeira contribuição.

a) **ACIDENTE PESSOAL** é o evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, imprevisível e que venha causar lesões físicas as pessoas.



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

10.2.2 - Para o recém-admitido, desde que seja incluído no **PAS – SAÚDE** até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data da Admissão ou entrada em exercício na Instituidora ou Instituidora por Adesão.

10.2.3 – Para o Cônjuge recém-casado, desde que seja incluído no **PAS – SAÚDE** até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data do casamento (deverá ser fornecida cópia da certidão de casamento).

10.2.4 - Para o Filho recém-nascido, desde que seja incluído no **PAS – SAÚDE** até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data de nascimento (deverá ser fornecida cópia da certidão de nascimento).

10.2.5 – Para o filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo **ASSOCIADO TITULAR**, desde que seja incluído no **PAS** até 30 (trinta) dias, a contar da data da adoção (deverá ser fornecida cópia do documento de adoção).

10.2.6 – Para o pensionista, desde que faça a opção por permanecer no plano, até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data do óbito do **ASSOCIADO TITULAR**.

10.2.7 - A documentação comprobatória de qualquer um dos casos acima citados deverá estar na FIPECq Vida em até 15 dias da data do evento.

10.2.8 – Nos demais casos poderá ser aceita a inclusão sem carência, desde que comprovado o cumprimento da carência em planos imediatamente anteriores e, ainda, não haja interrupção entre o término do contrato e o ingresso na FIPECq Vida.

10.3 - Os período de carência serão observados também na hipótese de reingresso nos planos de saúde oferecidos pela FIPECq Vida.

11 – DAS CATEGORIAS DE ASSOCIADOS

Para os fins de aplicação deste Regulamento, caracterizam-se como Associados, as seguintes categorias:

I – Associado Titular;

II – Associado Dependente; e

III – Associado Autopatrocinado.



11.1 - ASSOCIADOS TITULARES:

11.1.1 - **Com vencimento** - empregados/servidores, ativos, inativos, pensionistas, ocupante de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público ou decorrente de contrato temporário vinculado a Instituidora ou Instituidora por Adesão e ainda os colaboradores que recebam, direta ou indiretamente, salário ou remuneração decorrente da prestação regular de serviço à Instituidora ou Instituidora por Adesão.

11.1.2 – **Sem vencimento** - afastados, exonerados, demitidos sem justa causa.

11.2 - ASSOCIADOS DEPENDENTES:

11.2.1 - Cônjuge ou companheiro(a) de união estável.

11.2.2 – Companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos.

11.2.3 – Pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia.

11.2.4 - Filhos de qualquer condição até o limite de 40 (quarenta) anos.

11.2.5 - Filhos inválidos.

11.2.6 – Enteado ou menor que por determinação judicial esteja sob tutela ou guarda do titular, até o limite de 40 (quarenta) anos.

11.2.7 – Cônjuge ou companheiro(a) de união estável do filho(a) do Associado Titular, até o limite de 40 (quarenta) anos.

11.2.8 – Netos do titular, solteiros, até o limite de 30 (trinta) anos.

11.2.9 – Mãe ou Pai, desde que não percebam remuneração mensal de qualquer natureza superior a dois salários mínimos e, ainda, conste como dependente do **ASSOCIADO TITULAR** na Declaração Anual de Imposto de Renda, inscritos nos planos de saúde oferecidos pela FIPECq Vida, até 31 de dezembro de 2007.

11.3 – ASSOCIADO AUTOPATROCINADO



11.3.1 - O **ASSOCIADO TITULAR** que perder o vínculo empregatício com a Instituidora ou Instituidora por Adesão poderá permanecer no plano pelo prazo permitido por Lei. Para tanto deverá encaminhar à FIPECq Vida solicitação **expressa** para sua manutenção no plano, no prazo de 15 dias, através do formulário disponível na Internet (formulário PDV/Licenças).

11.3.2 – O período de manutenção da condição de **ASSOCIADO AUTOPATROCINADO** observará a determinação da legislação vigente à época do evento e cessará quando da admissão em novo emprego.

11.3.3 – Incumbe ao **ASSOCIADO AUTOPATROCINADO** notificar à FIPECq Vida o seu ingresso em novo emprego ou cargo público.

11.4 – A existência do dependente constante dos subitens 11.2.1 e 11.2.2 inibe a obrigatoriedade da inclusão do dependente constante do subitem 11.2.3.

11.5 – Somente o **ASSOCIADO TITULAR**, na condição de servidor ativo ou inativo, e empregado, poderá inscrever **ASSOCIADOS DEPENDENTES**.

11.6 – Será de exclusiva responsabilidade de o **ASSOCIADO TITULAR** o custeio de seu próprio plano e de seus dependentes indicados na qualidade de **ASSOCIADO DEPENDENTE**.

11.7 – A manutenção dos **ASSOCIADOS DEPENDENTES** no Plano está condicionada à permanência do **ASSOCIADO TITULAR** no Plano.

11.8 - Não serão aceitas inscrições nos planos de saúde da FIPECq Vida de Mães e Pais, a partir de 1º de janeiro de 2008.

12 – DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA

12.1 – ASSOCIADO TITULAR:

Cópia do Diário Oficial da União – DOU ou Carteira de Trabalho ou Declaração da Instituidora informando a condição do solicitante.

12.2 – ASSOCIADO DEPENDENTE:

- **Cônjuge:** cópia da Certidão de casamento.



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

- **Companheira (o):** cópia da declaração de rendimentos ou cópia de comprovação de mesmo endereço ou documento da Instituidora reconhecendo o mesmo ou declaração expedida pelo INSS ou qualquer outro documento hábil para comprovar a condição.
- **Companheiro de união homo-afetiva:** documento que comprove a co-habitação por período igual ou superior a dois anos.
- **Filho:** cópia da certidão de nascimento.
- **Filho inválido:** laudo médico e cópia da certidão de nascimento.
- **Neto:** cópia da certidão de nascimento.
- **Enteado/menor sob guarda:** cópia da certidão de nascimento, cópia da declaração do imposto de renda e/ou cópia do termo judicial.

13 – DA MUDANÇA DE PLANO:

13.1 - Poderão ser efetuadas mudanças de Plano quando o **ASSOCIADO** tiver cumprido o período mínimo de 12 meses de vinculação ao Plano inicialmente contratado, com autorização prévia da FIPECq Vida.

14 – DA EXCLUSÃO / CANCELAMENTO:

14.1 - A **EXCLUSÃO/CANCELAMENTO** somente poderá ser realizada após o cumprimento do período mínimo previsto no subitem 13.1, mediante solicitação expressa do **ASSOCIADO TITULAR** em documento próprio, disponível no site da FIPECq Vida na Internet.

14.1.1 - Não caberão restituições das contribuições efetuadas, consumando-se o desligamento no final do mês subsequente ao pedido.

14.2 – O **ASSOCIADO TITULAR** assumirá toda e qualquer responsabilidade pela utilização do Plano contratado por **ASSOCIADO DEPENDENTE** expressamente indicado por ele e que integram o seu grupo familiar, após o cancelamento do mesmo, cabendo ressarcimento das despesas realizadas após o pedido de **EXCLUSÃO/CANCELAMENTO**.

14.3 – O **ASSOCIADO TITULAR**, bem como todo o seu grupo familiar, será excluído do plano de saúde, quando houver inadimplência de contribuição ou co-participação por prazo superior a 60 (sessenta) dias.



14.4 – A exclusão de o **ASSOCIADO TITULAR** por inadimplência não o exime da quitação dos débitos de contribuição e co-participação de sua responsabilidade.

15 – DA EXTENSÃO DE BENEFÍCIOS POR MORTE DE O ASSOCIADO TITULAR:

15.1 - No caso de falecimento do **ASSOCIADO TITULAR**, o dependente que passar a condição de pensionista, por determinação de Lei, poderá ser alçado à condição de **ASSOCIADO TITULAR**, desde que formule a opção pela permanência, conforme estabelecido no subitem 10.2.6.

15.2 – O **ASSOCIADO DEPENDENTE**, alçado à condição de **ASSOCIADO TITULAR**, deverá autorizar expressamente a manutenção dos demais **ASSOCIADOS** vinculados ao **ASSOCIADO TITULAR** falecido, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelo custeio dos Planos contratados.

15.3 - A faculdade indicada neste item fica condicionada ao cumprimento dos seguintes requisitos:

15.3.1 - O **ASSOCIADO TITULAR** falecido tenha completado 06 (seis) meses de vigência de Plano, ou a qualquer tempo, se o falecimento ocorrer de acidente pessoal;

15.3.2 - O plano não tenha sido cancelado;

15.3.3 - Ser entregue à FIPECq Vida a certidão de óbito do **ASSOCIADO TITULAR** em até 15 (quinze) dias da data do seu falecimento;

15.3.4 – Inexistir pendência financeira de qualquer natureza sob a responsabilidade do **ASSOCIADO TITULAR** falecido.

15.3.4 - Estes benefícios por morte do **ASSOCIADO TITULAR** não se aplicam aos casos de exoneração ou rescisão de contrato de trabalho e de aposentadoria.

16. DA RESPONSABILIDADE

16.1. Nenhuma responsabilidade caberá à FIPECq Vida ou a Operadora por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

ASSOCIADO ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do **ASSOCIADO**.

16.2. A FIPECq Vida não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do estabelecidos neste Regulamento.

II - PAS – FARMACÊUTICO

1 – DO OBJETIVO

O **PAS – Programa de Assistência à Saúde – FARMACÊUTICO** tem por objetivo administrar a cobertura farmacêutica por meio de aquisição, pelos **ASSOCIADOS**, de medicamentos em farmácias devidamente credenciadas e conveniadas, com descontos previamente definidos, na forma definida no presente Regulamento.

2 - DOS SERVIÇOS

2.1. Para a administração do **PAS - FARMACÊUTICO**, a FIPECq Vida compromete-se a prestar os seguintes serviços:

2.1.1. **Disponibilização da Rede Nacional de Farmácia**: A FIPECq Vida disponibilizará, por meio de contrato com terceiros, uma Rede Conveniada de Farmácias, onde os **ASSOCIADOS** poderão adquirir os medicamentos com o desconto, por meio da utilização da carteira FIPECq Vida ou outra a ser distribuída.

2.1.1.1. A FIPECq Vida disponibilizará em seu site a relação de farmácias integrantes da Rede Conveniada, por localidade.

2.1.1.2. A Rede Conveniada, se disponível tal serviço, poderá realizar entregas em domicílio dos medicamentos solicitados pelos **ASSOCIADOS**, de forma esporádica ou continuada. Nestes casos, o agendamento e o acompanhamento das entregas correrão por conta do

próprio **ASSOCIADO**, em contato direto com a própria farmácia credenciada.

2.1.2 – **Gerenciamento de Patologias Crônicas**: A FIPECq Vida disponibilizará, por meio de contrato com terceiros, provisão de medicamentos no domicílio do **ASSOCIADO** e monitoramento de terapia medicamentosa, para os **ASSOCIADOS** portadores de patologias crônicas, usuários do Plano de Saúde da FIPECq Vida.

2.1.2.1 – São consideradas como patologias crônicas a serem atendidas por esta cobertura as doenças cardiovasculares, a diabetes e a dislipidemia.

2.1.2.2 – Outras patologias crônicas poderão ser incluídas para cobertura, a critério da Diretoria da FIPECq Vida e desde que haja recursos para ampliação.

2.1.2.3 - Para o gerenciamento de patologias crônicas serão utilizados medicamentos genéricos, com base em uma relação de substâncias previamente acordada, aprovada e divulgada.

2.1.2.4 - As substâncias oferecidas pela Farmácia Popular não integrarão o rol de substâncias elencadas para a cobertura do gerenciamento de patologias crônicas.

3 – DO CUSTEIO

3.1 – O custeio do **PAS – FARMACÊUTICO** fará parte do custeio do **PAS – SAÚDE**.

4 – DA RESPONSABILIDADE DA FIPECq VIDA

4.1. É de responsabilidade da FIPECq VIDA a definição e alteração dos parâmetros do **PAS - FARMACÊUTICO**.

4.1.1 - Qualquer alteração de quaisquer dos parâmetros do **PAS - FARMACÊUTICO** será comunicado ao **ASSOCIADO**.



III - PAS- COMPLEMENTO DE DESPESAS HOSPITALARES

1 – DO OBJETIVO

É a garantia representada por um montante estipulado para cobertura das despesas de intervenções cirúrgicas com internação hospitalar, incluindo cirurgias motivadas por gravidez e suas conseqüências, tais como cesarianas, vinculada à cobertura básica do seguro de vida em grupo ou individual.

HOSPITAL OU CLÍNICA: É o estabelecimento legalmente constituído, devidamente instalado e equipado para cirurgias.

Considera-se internação hospitalar, a utilização de hospital ou clínica, com taxas de sala, diárias e outras despesas hospitalares necessárias para a realização da cirurgia.

Um hospital ou clínica para serem reconhecidos como tais para efeito deste **COMPLEMENTO DE DESPESAS HOSPITALARES – CDH** precisam manter pacientes regularmente, dia e noite, possuírem instalações para diagnóstico, cirurgia e terapia sob supervisão de uma equipe de médicos formados, e proporcionar serviço regular de enfermagem durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, prestado por enfermeiros e auxiliares de enfermagem profissionalmente habilitados.

Não se enquadram nesta definição instituições como casa de repouso, casa de pessoas idosas, clínicas de emagrecimento, berçários e lactários.

2 – DA ABRANGÊNCIA DO CDH

Estão compreendidas no **CDH** as seguintes despesas:

2.1 - Despesas de diária de internação hospitalar e outras despesas necessárias à intervenção cirúrgica, excluindo diárias de acompanhante, salvo para os menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos.

2.2 - Exames complementares, antes e após a internação hospitalar, sala de operação, material de anestesia, drogas, medicamentos e demais recursos terapêuticos.



2.3 - Despesas de honorários do cirurgião, de seus assistentes, do anestesista e do instrumentador.

3 – DA COTA PARA AS DESPESAS CIRÚRGICAS

3.1 - A cobertura do **CDH** corresponde a uma cota anual, a contar da data de inscrição no **PAS - SEGURO**, definida de acordo com a cobertura contratada pelo **ASSOCIADO**, total este válido para o **ASSOCIADO TITULAR**.

3.2 – A cobertura do **CDH** para os **ASSOCIADOS DEPENDENTES** (cônjuge e filhos) corresponde a uma cota anual individual de 50% da cota do **ASSOCIADO TITULAR**, quando a inscrição se der no Seguro de Vida em Grupo.

3.3 - Para que o **ASSOCIADO** tenha o direito a receber os benefícios do **CDH**, é obrigatório que o procedimento cirúrgico realizado conste da tabela da AMB – Associação Médica Brasileira.

4 – DOS PARTICIPANTES DO CDH

Serão considerados **ASSOCIADOS** para fins de cobertura do **CDH**:

4.1 – ASSOCIADOS TITULARES

4.1.1 - **Com vencimento** - empregados/servidores, ativos, inativos, pensionistas, ocupante de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público ou decorrente de contrato temporário vinculado a Instituidora ou Instituidora por Adesão e ainda os colaboradores que recebam, direta ou indiretamente, salário ou remuneração da Instituidora ou Instituidora por Adesão, que estejam inscritos no **PAS - SEGURO**.

4.1.2 – **Sem vencimento** - afastados, exonerados, demitidos sem justa causa, que estejam inscritos no **PAS - SEGURO**.

4.2 - ASSOCIADOS DEPENDENTES:

4.2.1 - Cônjuge ou companheiro(a) de união estável.

4.2.2 - Filhos solteiros até 21 anos e até 24 anos, se universitários;

4.2.3 - Filhos inválidos;



4.2.4 – Enteado ou menor que por determinação judicial esteja sob tutela ou guarda do titular, solteiros, até 21 (vinte e um) anos e até 24 (vinte e quatro) anos, se universitários;

4.2.5 – Equipara-se ao Companheiro (a) de união estável, o Companheiro (a) de união homo-afetiva.

4.3 – ASSOCIADO AUTOPATROCINADO

4.3.1 - O **ASSOCIADO TITULAR** que perder o vínculo empregatício com a Instituidora ou Instituidora por Adesão poderá permanecer no seguro. Para tanto deverá encaminhar à FIPECq Vida solicitação **expressa** para sua manutenção no **PAS - SEGURO**, no prazo de 15 dias, através do formulário disponível na Internet (formulário PDV/Licenças).

4.3.2 – O período de manutenção da condição de **ASSOCIADO AUTOPATROCINADO** cessará quando da admissão em novo emprego.

4.4 - Quando ambos os cônjuges ou companheiros forem empregados/servidores de uma das Instituidoras ou Instituidoras por Adesão ou da mesma, e titular de seguro de vida em grupo, a cobertura do **CDH** será paga cumulativamente.

5 – DA CARÊNCIA

5.1 - Para os benefícios do **CDH** a carência é de 60 dias após a primeira contribuição.

5.2 - Não haverá carência para os casos de acidentes pessoais sofridos pelo **ASSOCIADO** titular/dependente, desde que ocorram após a data do recolhimento da primeira contribuição mensal.

5.3 - As cirurgias motivadas por gravidez terão carência de 300 dias após a primeira contribuição.

6 – DOS REEMBOLSOS

6.1 - Os reembolsos estipulados no **CDH** serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data da apresentação e aceite dos comprovantes originais das despesas pela FIPECq Vida, devidamente preenchidos e assinados, pelos profissionais e entidades prestadoras dos serviços médicos/hospitalares realizados na intervenção cirúrgica.



6.2 - O reembolso das despesas apresentadas fica condicionado a homologação pelo perito contratado pela FIPECq Vida para este fim.

7 – DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

7.1- LAUDO MÉDICO:

a) Documento obrigatório para qualquer tipo de reembolso **CDH** a ser fornecido pelo médico com descrição detalhada da cirurgia a ser realizada, as razões da internação e a descrição da mesma de acordo com a tabela da Associação Médica Brasileira - AMB.

7.2 - RECIBOS MÉDICOS:

a) Recibos individuais, devidamente carimbados e assinados por cada um dos profissionais que participaram da cirurgia, constando o procedimento realizado e a participação do profissional no evento cirúrgico.

b) Qualquer recibo médico deverá estar acompanhado do LAUDO MÉDICO DO CIRURGIÃO.

7.3 - COMPROVANTES HOSPITALARES:

7.3.1 - Notas fiscais de hospitais e clínicas, com o registro de CNPJ, demonstrando a data de entrada e saída do paciente e discriminando separadamente:

- a) Diárias hospitalares,
- b) Relação de medicamentos,
- c) Taxas de salas,
- d) Outros materiais utilizados.

7.4 - COMPROVANTES DE EXAMES/RECURSOS TERAPÊUTICOS:

a) Nota fiscal ou recibos individuais mostrando os exames/terapias realizados e respectivos valores, bem como o pedido do médico para a realização dos procedimentos em questão.

b) Os exames/recursos terapêuticos só poderão ser reembolsados se acompanhados da solicitação de reembolso das despesas hospitalares.



7.5 - DOCUMENTOS DOS ASSOCIADOS:

a) No caso de cônjuge, apresentar cópia da certidão de casamento;

b) No caso de companheiro (a), cópia da declaração de rendimentos ou cópia de comprovação de mesmo endereço ou documento da Instituidora reconhecendo o mesmo ou declaração expedida pelo INSS ou qualquer outro documento hábil para comprovar a condição;

c) No caso de filhos, apresentar cópia da certidão de nascimento;

d) No caso de menor sob guarda ou tutela, apresentar respectivo termo judicial.

7.6 – Serão considerados fora do prazo, excluídos, portanto, para efeito do COMPLEMENTO DE DESPESAS HOSPITALARES – CDH:

a) As contas de honorários, internações e quaisquer outros serviços e objetos, pagas há mais de 60 (sessenta) dias quando da entrega da solicitação para reembolso na **FIPECq Vida**;

b) As contas de honorários, internações e quaisquer outros serviços ou objetos prestados ou fornecidos há mais de 60 (sessenta) dias quando do pagamento pelo **ASSOCIADO**;

c) O cumprimento de exigência depois de decorrido 30 (trinta) dias da data do despacho solicitante da **FIPECq Vida**;

d) O recurso recebido depois de decorridos 30 (trinta) dias contados da data do despacho denegatório da **FIPECq Vida**.

7.7 – SERÃO GLOSADOS, POR NÃO CONSTITUÍREM OBJETO DE REEMBOLSO DE COMPLEMENTO DE DESPESAS HOSPITALARES – CDH:

a) Os documentos rasurados, emendados, ilegíveis ou com dupla grafia, sem ressalva dos emitentes;

b) Os requerimentos e respectivos documentos fora dos prazos estabelecidos no **SUBITEM 7.6**.

7.7.1 - O motivo da glosa será sempre comunicado ao **ASSOCIADO TITULAR**, de forma clara e sucinta, ou codificada, a fim de que possa, se for o caso, depois de satisfeitas as exigências regulamentares,



requerer o reembolso das despesas glosadas, dentro de no máximo 30 (trinta) dias, contados da data do despacho denegatório.

7.7.2 - Do despacho denegatório caberá recurso, desde que o **ASSOCIADO TITULAR** apresente novos elementos de caráter técnico que justifique a revisão e desde que feito dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do despacho denegatório.

7.7.3 – Do despacho denegatório caberá, ainda, recursos ao Conselho de Administração, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do despacho denegatório

8 – DOS ATENDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO CDH

Estão excluídas das coberturas concedidas pelo **CDH**:

8.1 - As intervenções cirúrgicas que não necessitem de internação hospitalar e aquelas efetuadas em consultórios médicos ou ambulatórios.

8.2 - Atos cirúrgicos determinando mudança ou alteração de sexo, mesmo quando justificados por relatório médico.

8.3 - Intervenções cirúrgicas motivadas por afecção dentária.

8.4 - As cirurgias plásticas. Exceto em decorrência de acidente e mediante apresentação de Boletim de Ocorrência.

8.5 - Partos normais e quaisquer outras despesas decorrentes de internações hospitalares, que não sejam referentes a intervenções cirúrgicas, serão cobertas pelo **PAS - SAÚDE**.

8.6 - Os acidentes ocorridos em consequência de uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes.

8.7 - Os casos omissos e ajustes que se fizerem necessários, serão regulamentados pela Diretoria Operacional da **FIPECq Vida**.



IV - PAS - SEGURO

1 – DO OBJETIVO

O **PAS-SEGURO** - Programa de Assistência à Saúde - **SEGURO** tem como objetivo estabelecer uma garantia mínima de cobertura financeira ao **ASSOCIADO** e aos seus dependentes.

1.1. No cumprimento das condições estabelecidas neste Regulamento, a FIPECq Vida atuará como mera **ESTIPULANTE** na contratação de apólice de seguro de vida perante Seguradoras, representando os interesses dos **ASSOCIADOS** que aderirem a respectiva Apólice.

2 – DA COBERTURA

A cobertura do seguro está condicionada ao produto em que o **ASSOCIADO** realizar sua inscrição e indicadas, pela seguradora contratada, no Manual do Segurado, que será entregue quando da inscrição do **ASSOCIADO** no **PAS - SEGURO**.

3 – DA VIGÊNCIA

A vigência da Apólice está condicionada ao período estabelecido junto à Seguradora contratada pela FIPECq Vida.

4 – DO VALOR DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL

De acordo com o valor da cobertura básica contrata pelo **ASSOCIADO**.

5 – DA CARÊNCIA

5.1 - Não há carência para benefícios do **PAS-SEGURO**, desde que o sinistro ocorra após a data do recolhimento da primeira contribuição mensal.

6 – DOS BENEFICIÁRIOS

6.1 - O **ASSOCIADO** deverá indicar na Ficha de Inscrição do **PAS-SEGURO** o(s) beneficiário(s), isto é, a(s) pessoa(s) a quem a



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

seguradora contratada deverá pagar o montante estipulado no caso de morte.

7 – DOS PAGAMENTOS DOS SINISTROS

7.1 - As indenizações estabelecidas no **PAS-SEGURO** deverão ser pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da apresentação e aceite das provas de morte ou invalidez junto à Seguradora contratada, e serão calculadas com base no montante devido na data do sinistro e reajustada monetariamente pelo índice oficial da Superintendência de Segurados Privados - SUSEP.

7.2 - Quando da ocorrência do sinistro deverá a área responsável da Instituidora ou Instituidora por Adesão imediatamente realizar a comunicação do fato à **FIPECq Vida**, através do aviso de sinistro, telex ou fax, a fim de garantir a correção dos valores da indenização devida.

V - PAS ODONTOLÓGICO

1 – DO OBJETIVO

O **Programa de Assistência à Saúde - PAS ODONTOLÓGICO** tem por objetivo oferecer cobertura odontológica aos servidores e empregados das Instituidoras e Instituidoras por Adesão, bem como o respectivo grupo familiar, contemplando a assistência odontológica ambulatorial, realizados exclusivamente no País.

2 – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

2.1. A cobertura odontológica compreende todos os procedimentos estabelecidos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS.

2.1.1. Está compreendido neste Regulamento cobertura às consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente, cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia e cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral, conforme procedimentos listados abaixo:

I - Diagnóstico;



II - Consulta;

III - Radiologia:

- a) Radiografia Periapical;
- b) Radiografia interproximal ou bite-wing;
- c) Radiografia Intra-oral oclusal;
- d) Prevenção em Saúde Bucal:
- e) Aplicação de selante;
- f) Aplicação tópica profissional de flúor;
- g) Evidenciação de placa bacteriana;
- h) Orientação de higiene bucal ;
- i) Profilaxia - Polimento coronário;

IV - Dentística:

- a) Restauração de 1 (uma) face;
- b) Restauração de 2 (duas) faces;
- c) Restauração de 3 (três) faces;
- d) Restauração de 4 (quatro) faces;
- e) Restauração de ângulo;
- f) Restauração a pino;
- g) Restauração de superfície radicular;

V - Periodontia:

- a) Curetagem de bolsa periodontal;
- b) Raspagem supra gengival, alisamento e polimento coronário



- c) Raspagem supra e sub gengival, alisamento e polimento radicular;
- d) Imobilização dentária temporária.

VI - Endodontia:

- a) Pulpotomia;
- b) Remoção de obturação radicular;
- c) Remoção de núcleo intrarradicular;
- d) Retratamento de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares;
- e) Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 1(um) conduto;
- f) Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 2(dois) condutos;
- g) Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 3(três) condutos;
- h) Tratamento endodôntico em dentes permanentes com 4(quatro) condutos ou mais;
- i) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;

VII - Cirurgia:

- a) Alveoloplastia;
- b) Apicetomia unirradicular
- c) Apicetomia birradicular;
- d) Apicetomia trirradicular;
- e) Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada;
- f) Apicetomia birradicular com obturação retrógrada;
- g) Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada;



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

- h) Aumento de coroa clínica
- i) Biópsia;
- j) Cirurgia de torus mandibular bilateral;
- k) Cirurgia de torus palatino;
- l) Cirurgia de torus unilateral;
- m) Correção de bridas musculares;
- n) Excisão de mucocele;
- o) Excisão de rânula;
- p) Exodontia retalho;
- q) Exodontia de raiz residual;
- r) Exodontia simples;
- s) Exodontia múltipla;
- t) Frenectomia labial;
- u) Frenectomia lingual;
- v) Gengivectomia;
- w) Redução cruenta (fratura alvéolo dentária);
- x) Redução incruenta (fratura alvéolo dentária);
- y) Remoção de dentes retidos (inclusos e impactados);
- z) Sulcoplastia;
- aa) Ulectomia;
- bb) Ulotomia.

2.1.1.1 - As cirurgias cobertas nesse grupo estão limitadas ao atendimento em consultório.



2.1.1.2 - As cirurgias de maior porte (Buco-maxilo-facial) serão cobertas desde que realizadas em ambiente hospitalar, por médico especializado.

2.1.2 – Os demais procedimentos odontológicos não relacionados no subitem 2.1.1 estarão cobertos dentro dos limites estabelecidos, de acordo com o plano adquirido pelo **ASSOCIADO**, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia.

3 – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

3.1. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, as Resoluções da ANS e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

3.1.1 - Atendimentos odontológicos domiciliares;

3.1.2 – Tratamentos odontológicos experimentais;

3.1.3 - Medicamentos importados, mesmo que reconhecidos pelo órgão oficial governamental, se houver medicamentos similares de fabricação nacional, para os tratamentos odontológicos;

3.1.4 - Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento odontológico domiciliar;

3.1.5 - Transplantes e serviços com metais preciosos e/ou porcelanas fundidas, para os tratamentos odontológicos;

3.1.6 - Procedimentos odontológicos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;

3.1.7 - Órteses e próteses dentárias, parciais ou totais, fixas ou removíveis, implantes dentários e prótese sobre implante (roach, dentadura, ponte fixa, e restaurações metálico cerâmicas, porcelana pura), exceto se previsto no plano adquirido pelo **ASSOCIADO**;

3.1.8 - Reabilitação oral e disfunções de ATM;

3.1.9 – Todos os tratamentos relacionados à especialidade de ortodontia, exceto se previsto no plano adquirido pelo **ASSOCIADO**;



3.1.10 - Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou quaisquer outras causas que atinjam a população;

3.1.11 - Os procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, não estão cobertos por este Regulamento

4 – DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1 – Serão considerados os seguintes procedimentos odontológicos para fins de cobertura de Urgência/Emergência:

- a) Curativo em caso de hemorragia bucal;
- b) Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- c) Imobilização dentária temporária;
- d) Recimentação de peça protética;
- e) Tratamento de alveolite;
- f) Colagem de fragmentos;
- g) Incisão e drenagem de abscesso extra oral;
- h) Incisão e drenagem de abscesso intra oral;
- i) Reimplante de dente avulsionado.

5 – DOS SISTEMAS DE ATENDIMENTO

Os serviços odontológicos serão prestados a todos os **ASSOCIADOS** pelo sistema de credenciamento ou por livre escolha, se previsto no plano contratado pelo **ASSOCIADO**.

5.1- LIVRE ESCOLHA:

5.1.1- Os **ASSOCIADOS** poderão utilizar o sistema de livre escolha mediante pagamento direto e, posteriormente, serão ressarcidos de acordo com os múltiplos de reembolso estipulados, **se previsto no plano contratado pelo ASSOCIADO**, no período de 30 dias úteis, após a chegada e aceite da documentação completa na FIPECq Vida.



5.1.2- Os valores de reembolso no sistema de livre escolha estarão limitados aos múltiplos estipulados para o plano do **ASSOCIADO** e serão efetuados de acordo com os limites da Tabela do Plano contratado.

5.2- REDE CREDENCIADA:

5.2.1- Os **ASSOCIADOS** poderão utilizar a rede referenciada de odontólogos nas mais variadas especialidades colocadas à disposição, não necessitando efetuar qualquer pagamento sobre os eventos.

6 – DO REEMBOLSO

6.1. Será assegurado o reembolso dos atendimentos prestados em território nacional, ao beneficiário, com assistência odontológica, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, de acordo com os valores estabelecidos nas tabelas praticadas pelo plano, nas seguintes situações:

6.1.1. O serviço for realizado em localidade, pertencente à área de abrangência geográfica do plano, onde não houver profissional da rede de serviço habilitado para prestar o atendimento;

6.1.2. Quando se configurar urgência/emergência devidamente justificado em relatório pelo profissional que o executou;

6.1.3. Na hipótese de paralisação do atendimento pela rede de serviços ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.

6.2. O reembolso dos procedimentos realizados fora da área de abrangência do plano poderá ser efetuado desde que estabelecido em contrato.

6.3. O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da Operadora, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

6.3.1. Conta discriminativa das despesas, incluindo relação com materiais, medicamentos e exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com os recibos ou notas fiscais do profissional ou clínica;



6.3.2. Vias originais dos recibos e notas fiscais de pagamento dos honorários;

6.3.3. Relatório do profissional responsável, justificando o tratamento.

6.4. Para fins de reembolso, o **ASSOCIADO** deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

7. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

7.1. O **ASSOCIADO** poderá se utilizar dos odontólogos ou clínicas relacionados na rede credenciada, de acordo com o plano adquirido por ele, exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos. Ao utilizar a rede credenciada, o **ASSOCIADO** não fará qualquer desembolso, cabendo à Operadora efetuar o pagamento diretamente ao credenciado, em nome e por conta do **ASSOCIADO**. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso.

7.2. Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo plano odontológico, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o **ASSOCIADO**, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o cartão da Operadora do Plano Odontológico.

7.3. A Operadora poderá exigir autorização prévia para a realização de procedimentos conforme disposto em contrato ou convênio, devendo dar ampla publicidade destes mecanismos a seus usuários.

8 – DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

8.1 - Entende-se como carência, o período em que o **ASSOCIADO** recolhe a contribuição, sem, no entanto, ter direito a utilizar os benefícios do **PAS – SAÚDE**.

8.1.1 – Para a cobertura odontológica, os **ASSOCIADOS** cumprirão os seguintes períodos de carência, para a concessão dos benefícios assegurados por este Regulamento:

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



- b) 15 (quinze) dias para os casos de consultas para Diagnóstico, Radiologia e Prevenção;
- c) 30 (trinta) dias para os casos de Dentística e Periodontia;
- d) 60 (sessenta) dias para os casos de Endodontia e Cirurgias.

8.2 - As carências mencionadas nos subitens 8.1.1 poderão ser dispensadas nas condições a seguir relacionadas:

8.2.1 - Não haverá carência para os casos de Acidentes Pessoais, sofridos pelos **ASSOCIADOS**, desde que ocorra após a data do recolhimento da primeira contribuição.

a) **ACIDENTE PESSOAL** é o evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, imprevisível e que venha causar lesões físicas as pessoas.

8.2.2 - Para o **ASSOCIADO** recém-admitido, desde que seja incluído no **PAS – SAÚDE** até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data da Admissão ou entrada em exercício na Instituidora ou Instituidora por Adesão.

8.2.3 – Para o Cônjuge recém-casado, desde que seja incluído no **PAS – SAÚDE** até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data do casamento (deverá ser fornecida cópia da certidão de casamento).

8.2.4 - Para o Filho recém-nascido, desde que seja incluído no **PAS – SAÚDE** até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data de nascimento (deverá ser fornecida cópia da certidão de nascimento).

8.2.5 – Para o filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo **ASSOCIADO TITULAR**, desde que seja incluído no **PAS** até 30 (trinta) dias, a contar da data da adoção (deverá ser fornecida cópia do documento de adoção).

8.2.6 – Para o pensionista, desde que faça a opção por permanecer no plano, até no máximo 30 (trinta) dias, a contar da data do óbito do **ASSOCIADO TITULAR**.



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

8.2.7 - A documentação comprobatória de qualquer um dos casos acima citados deverá estar na FIPECq Vida em até 15 dias da data do evento.

8.2.8 – Nos demais casos poderá ser aceita a inclusão sem carência, desde que comprovado o cumprimento da carência em planos imediatamente anteriores e, ainda, não haja interrupção entre o término do contrato e o ingresso na FIPECq Vida.

9 – DAS CATEGORIAS DE ASSOCIADOS

Para os fins de aplicação deste Regulamento, caracterizam-se como **ASSOCIADOS**, as seguintes categorias:

I – Associado Titular;

II – Associado Dependente; e

III – Associado Autopatrocinado.

9.1 - ASSOCIADOS TITULARES:

9.1.1 - **Com vencimento** - empregados/servidores, ativos, inativos, pensionistas, ocupante de cargo comissionado ou de natureza especial, bem como de emprego público ou decorrente de contrato temporário vinculado a Instituidora ou Instituidora por Adesão e ainda os colaboradores que recebam, direta ou indiretamente, salário ou remuneração decorrente da prestação regular de serviço à Instituidora ou Instituidora por Adesão.

9.1.2 – **Sem vencimento** - afastados, exonerados, demitidos sem justa causa.

9.2 - ASSOCIADOS DEPENDENTES:

9.2.1 - Cônjuge ou companheiro(a) de união estável.

9.2.2 – Companheiro ou companheira de união homo-afetiva, comprovada a co-habitação por período igual ou superior a dois anos.

9.2.3 – Pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia.

9.2.4 - Filhos de qualquer condição até o limite de 40 (quarenta) anos.



9.2.5 - Filhos inválidos.

9.2.6 – Enteado ou menor que por determinação judicial esteja sob tutela ou guarda do titular, até o limite de 40 (quarenta) anos.

9.2.7 – Cônjuge ou companheiro(a) de união estável do filho(a) do Associado Titular, até o limite de 40 (quarenta) anos.

9.2.8 – Netos do titular, solteiros, até o limite de 30 (trinta) anos.

9.3 – ASSOCIADO AUTOPATROCINADO

9.3.1 - O **ASSOCIADO TITULAR** que perder o vínculo empregatício com a Instituidora ou Instituidora por Adesão poderá permanecer no plano pelo prazo permitido por Lei. Para tanto deverá encaminhar à FIPECq Vida solicitação **expressa** para sua manutenção no plano, no prazo de 15 dias, através do formulário disponível na Internet (formulário PDV/Licenças).

9.3.2 – O período de manutenção da condição de **ASSOCIADO AUTOPATROCINADO** observará a determinação da legislação vigente à época do evento e cessará quando da admissão em novo emprego.

9.3.3 – Incumbe ao **ASSOCIADO AUTOPATROCINADO** notificar à FIPECq Vida o seu ingresso em novo emprego ou cargo público.

9.4 – A existência do dependente constante dos subitens 9.2.1 e 9.2.2 inibe a obrigatoriedade da inclusão do dependente constante do subitem 9.2.3.

9.5 – Somente o **ASSOCIADO TITULAR**, na condição de servidor ativo ou inativo, e empregado, poderá inscrever **ASSOCIADOS DEPENDENTES**.

9.6 – Será de exclusiva responsabilidade de o **ASSOCIADO TITULAR** o custeio de seu próprio plano e de seus dependentes indicados na qualidade de **ASSOCIADO DEPENDENTE**.

9.7 – A manutenção dos **ASSOCIADOS DEPENDENTES** no Plano está condicionada à permanência do **ASSOCIADO TITULAR** no Plano.



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

10 – DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS PARA INSCRIÇÃO NO PROGRAMA

10.1 – ASSOCIADO TITULAR:

Cópia do Diário Oficial da União – DOU ou Carteira de Trabalho ou Declaração da Instituidora informando a condição do solicitante.

10.2 - ASSOCIADO DEPENDENTE:

- **Cônjuge:** cópia da Certidão de casamento.
- **Companheira (o):** cópia da declaração de rendimentos ou cópia de comprovação de mesmo endereço ou documento da Instituidora reconhecendo o mesmo ou declaração expedida pelo INSS ou qualquer outro documento hábil para comprovar a condição.
- **Companheiro de união homo-afetiva:** documento que comprove a co-habitação por período igual ou superior a dois anos.
- **Filho:** cópia da certidão de nascimento.
- **Filho inválido:** laudo médico e cópia da certidão de nascimento.
- **Neto:** cópia da certidão de nascimento.
- **Enteado/menor sob guarda:** cópia da certidão de nascimento, cópia da declaração do imposto de renda e/ou cópia do termo judicial.

11 – DA MUDANÇA DE PLANO

11.1 - Poderão ser efetuadas mudanças de Plano quando o **ASSOCIADO** tiver cumprido o período mínimo de 12 meses de vinculação ao Plano inicialmente contratado, com autorização prévia da FIPECq Vida.

12 – DA EXCLUSÃO / CANCELAMENTO

12.1 - A **EXCLUSÃO/CANCELAMENTO** somente poderá ser realizada após o cumprimento do período mínimo previsto no subitem 11.1, mediante solicitação expressa do **ASSOCIADO TITULAR** em documento próprio, disponível no site da FIPECq Vida na Internet.



12.1.1 - Não caberão restituições das contribuições efetuadas, consumando-se o desligamento no final do mês subsequente ao pedido.

12.2 – O **ASSOCIADO TITULAR** assumirá toda e qualquer responsabilidade pela utilização do Plano contratado por **ASSOCIADO DEPENDENTE** expressamente indicado por ele e que integram o seu grupo familiar, após o cancelamento do mesmo, cabendo ressarcimento das despesas realizadas após o pedido de **EXCLUSÃO/CANCELAMENTO**.

12.3 – O **ASSOCIADO TITULAR**, bem como todo o seu grupo familiar, será excluído do plano de saúde, quando houver inadimplência de contribuição ou co-participação por prazo superior a 60 (sessenta) dias.

12.4 – A exclusão de o **ASSOCIADO TITULAR** por inadimplência não o exime da quitação dos débitos de contribuição e co-participação de sua responsabilidade.

13 – DA EXTENSÃO DE BENEFÍCIOS POR MORTE DE O ASSOCIADO TITULAR

13.1 - No caso de falecimento do **ASSOCIADO TITULAR**, o dependente que passar a condição de pensionista, por determinação de Lei, poderá ser alçado à condição de **ASSOCIADO TITULAR**, desde que formule a opção pela permanência, conforme estabelecido no subitem 8.2.6.

13.2 – O **ASSOCIADO DEPENDENTE**, alçado à condição de **ASSOCIADO TITULAR**, deverá autorizar expressamente a manutenção dos demais **ASSOCIADOS** vinculados ao **ASSOCIADO TITULAR** falecido, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelo custeio dos Planos contratados.

13.3 - A faculdade indicada neste item fica condicionada ao cumprimento dos seguintes requisitos:

13.3.1 - O **ASSOCIADO TITULAR** falecido tenha completado 06 (seis) meses de vigência de Plano, ou a qualquer tempo, se o falecimento ocorrer de acidente pessoal;

13.3.2 - O plano não tenha sido cancelado;



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

13.3.3 - Ser entregue à FIPECq Vida a certidão de óbito do **ASSOCIADO TITULAR** em até 15 (quinze) dias da data do seu falecimento;

13.3.4 – Inexistir pendência financeira de qualquer natureza sob a responsabilidade do **ASSOCIADO TITULAR** falecido.

13.3.4 - Estes benefícios por morte do **ASSOCIADO TITULAR** não se aplicam aos casos de exoneração ou rescisão de contrato de trabalho e de aposentadoria.

14. DA RESPONSABILIDADE

14.1. Nenhuma responsabilidade caberá à FIPECq Vida ou a Operadora por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do **ASSOCIADO** ou de seus dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços odontológicos de livre escolha do **ASSOCIADO**.

14.2. A FIPECq Vida não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa do estabelecidos neste Regulamento.

VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

1 – DA VIGÊNCIA:

1.1 - O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação pelo Conselho de Administração.

1.2 – O presente Regulamento poderá ser extinto a qualquer tempo, por deliberação do Conselho de Administração.

2- DO REAJUSTE:

2.1 - As contribuições para cada um dos planos ligados ao **PAS – SAÚDE e PAS ODONTOLÓGICO** serão reajustadas de acordo com a variação dos custos médicos/hospitalares e odontológicos apurados nos períodos previstos nos contratos com as Operadoras dos Planos de Saúde médico/hospitalares e odontológico, bem como na ocorrência de

eventos imprevisíveis da utilização dos serviços e alteração sensível na constituição do grupo assistido.

2.2 – As contribuições do **PAS –SEGURO** será reajustadas de acordo com o estabelecido nas apólices de seguro.

3 – DA INCLUSÃO:

3.1- A inclusão é realizada mediante preenchimento de ficha de adesão com aceitação integral das condições do **PAS**, autorizando o desconto em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança que venha ser definida pela **FIPECq Vida**.

3.2 - Os **ASSOCIADOS** poderão se inscrever, juntamente com os dependentes, a qualquer tempo, sujeitando-se, no entanto, ao cumprimento dos prazos de carências e normas estabelecidas.

3.3 - O **ASSOCIADO** devedor/inadimplente de qualquer plano, somente terá a solicitação de inclusão deferida pela Diretoria da **FIPECq Vida**, nas seguintes condições:

- a) Débitos até 02 (dois) salários mínimos – pagamento integral;
- b) Débitos até 03(três) salários mínimos – pagamento de, no mínimo, 60% (sessenta por cento) do total do débito;
- c) Débitos superiores a 04 (quatro) salários mínimos – pagamento de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) do total do débito.

4- DO PERÍODO DE VINCULAÇÃO

4.1 - Fica estipulado um vínculo do **ASSOCIADO** com o **PAS**, por um período de 12 (doze) meses, a contar da data do pagamento da primeira contribuição, e será renovado automaticamente por igual período, se não houver manifestação em contrário, de qualquer das partes, até 30 (trinta) dias antes do término do período.

5 – DA EXCLUSÃO

5.1 - A exclusão é realizada mediante solicitação expressa do **ASSOCIADO TITULAR**, em documento próprio da **FIPECq Vida**, não cabendo restituição das contribuições efetuadas e consumando-se o desligamento no final do mês subsequente ao mesmo.

5.2 - Ocorrerá exclusão imediata quando da constatação de infrações ou fraudes praticadas pelo **ASSOCIADO** e/ou dependente.

5.3 - A exclusão do **PAS** ocorrerá quando do desligamento do **ASSOCIADO** do quadro de empregados/servidores da Instituidora ou Instituidora por Adesão, cabendo exclusivamente ao **ASSOCIADO TITULAR**, notificar a FIPECq Vida o respectivo desligamento ou alteração na situação funcional.

5.3.1 - São considerados casos especiais aqueles em que o **ASSOCIADO** pode continuar no **PAS** desde que sejam observadas disposições específicas:

- suspensão de contrato (CLT),
- auxílio-doença (CLT),
- licença sem vencimento (RJU).

5.3.2 - Após a suspensão dos salários pagos pela Instituidora ou Instituidora por Adesão, os **ASSOCIADOS** enquadrados como casos especiais deverão recolher, até o dia 5 (cinco) do mês subsequente, à **FIPECq Vida**, o valor integral da contribuição.

5.4 - O **ASSOCIADO** que por qualquer motivo não tenha sua contribuição descontada na folha de pagamento, deverá recolher, até o 5º (quinto) dia útil do mês a **FIPECq Vida**, o valor devido da contribuição.

5.4.1 - O **ASSOCIADO** autoriza a **FIPECq Vida** a debitar de sua conta corrente, os valores referentes a contribuição em atraso, bem como valores indevidos decorrentes de reembolsos ou fraudes.

5.4.2 - O não pagamento da contribuição na data estabelecida poderá acarretar a suspensão dos benefícios contratados; persistindo o atraso no pagamento por mais de 60 (sessenta) dias e findada todas as possibilidades de recebimento no período, o **ASSOCIADO** será excluído do Programa.

5.5 - Toda fraude verificada em processo de pagamento de benefícios ou declarações falsas, errôneas ou omissas, verificadas em qualquer época, resultará na exclusão do **ASSOCIADO** do **PAS**, independentemente das medidas judiciais cabíveis, sem que lhe assista



Caixa de Assistência Social
da FIPECq

e a seus dependentes direito a qualquer benefício ou devolução de quantias anteriormente pagas.

6 – DAS CONTRIBUIÇÕES

6.1 – PAS - SAÚDE: Corresponde a um valor mensal por usuário destinado ao custeio dos Planos de Saúde em seu nome contratados e será descontado do **ASSOCIADO TITULAR**, integralmente, em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança que venha ser definido pela FIPECq Vida.

6.2 - PAS SEGURO: Corresponde a um valor fixo mensal destinado ao custeio de seguro em seu nome contratado e será descontado do **ASSOCIADO TITULAR**, integralmente, em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança que venha ser definida pela FIPECq Vida.

6.3 – PAS - ODONTOLÓGICO: Corresponde a um valor mensal por usuário destinado ao custeio do Plano odontológico em seu nome contratados e será descontado do **ASSOCIADO TITULAR**, integralmente, em folha de pagamento ou outro instrumento de cobrança que venha ser definido pela FIPECq Vida.

7 – DA ADESÃO AO PROGRAMA

O **ASSOCIADO** poderá se inscrever no **PAS**, nas seguintes modalidades, em conjunto ou separadamente:

- 1- PAS SAÚDE.
- 2- PAS SEGURO.
- 3- PAS ODONTOLÓGICO

VI – DISPOSIÇÕES FINAIS:

1 - Fica reservado a **FIPECq Vida** o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições gerais e particulares do **PAS**.

2 - A **FIPECq Vida** na qualidade de **ESTIPULANTE** de apólice de seguro de vida, terá a guarda da apólice emitida em favor do grupo assistido.

2.1 - O documento de comprovação de titularidade do seguro de vida para o **ASSOCIADO** e seus dependentes é o Certificado e o Manual do Segurado emitidos pela Seguradora.

3 - Os casos omissos nesse Regulamento, serão regulamentados pela Presidência da **FIPECq Vida**.

4 - Para dirimir quaisquer questões que decorram direta ou indiretamente deste **PAS**, fica eleito o foro de Brasília-DF, por mais privilegiado que seja o das partes.

(Aprovado na 57ª Reunião do Conselho de Administração)