

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PAS - Família

REGULAMENTO

**Caixa de Assistência Social da FIPECq
FIPECq Vida**

Brasília, 2009



ÍNDICE

I - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PAS FAMÍLIA MÉDICO-HOSPITALAR

1. Objetivo
2. Coberturas do PAS Família Médico-Hospitalar
3. Despesas não cobertas pelo Programa
4. Procedimentos que Necessitam de Autorização Prévia
5. Sistema de Atendimento
6. Documentação Necessária para Recebimento do Reembolso
7. Prazos de Carência
8. Associados Titulares
9. Associados Dependentes
10. Documentação Comprobatória
11. Mudança de Plano
12. Exclusão / Cancelamento
13. Co - Participação

II - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO

1. Abrangência
2. Cobertura
3. Prazos de Carência
4. Carência Específica
5. Associados Titulares
6. Associados Dependentes
7. Documentação Comprobatória
8. Exclusão/Cancelamento

III - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PAS FAMÍLIA SEGURO

1. Objetivo
2. PAS Família Seguro
3. Cobertura
4. Valor da Contribuição Inicial
5. Carência
6. Associados Titulares e Dependentes
7. Beneficiários
8. Pagamentos dos Sinistros
9. Abrangências
10. Documentação Comprobatória
11. Benefício Adicional do PAS Família Seguro



IV - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Vigência
2. Reajuste
3. Inclusão
4. Exclusão
5. Contribuições
6. Adesão aos Programas

V - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - DISPOSIÇÕES FINAIS



I - PAS- FAMÍLIA MÉDICO-HOSPITALAR

REGULAMENTO

1 - OBJETIVO

O **PAS-FAMÍLIA MÉDICO HOSPITALAR** - Programa de Assistência à Saúde - Saúde Médico-Hospitalar tem por objetivo dar cobertura de Assistência Médica, nos segmentos Hospitalar, Ambulatorial e Obstetrícia, e com os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamentos, **ao ASSOCIADO e seus dependentes**, em conformidade com o item 8 e 9 deste Regulamento, por meio da contratação de operadoras, cooperativas, seguradoras e/ou administradoras de planos de saúde, nos limites e condições de cobertura e demais cláusulas desse Regulamento.

2 - COBERTURAS DO PAS-FAMÍLIA MÉDICO-HOSPITALAR:

2.1- COBERTURAS AMBULATORIAIS:

- a) cobertura de consultas médicas, em consultórios médicos, clínicas básicas e especializadas, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Exames simples e exames especializados, tratamentos, terapias e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

2.2 - COBERTURAS HOSPITALARES:

- a) Internações clínicas e cirúrgicas;
- b) Internações Obstétricas - Gravidez e Parto (Titular e Cônjuge do sexo feminino e filhas do segurado titular);
- c) Próteses e órteses quando ligadas ao ato cirúrgico, exceto próteses e órteses importadas;
- d) Centro de Terapia Intensiva;
- e) Honorários médicos;
- f) Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro.



3 - DESPESAS NÃO COBERTAS PELO PROGRAMA:

3.1 Todo e qualquer evento relacionado ao(s) segmento(s) não contratado(s);

3.2 - Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou de revolução;

3.3 - Atos de agitação, motins, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes. Estas exclusões não se aplicam aos **ASSOCIADOS** que fazem parte das Forças Armadas, Corporações Policiais e Corpo de Bombeiros, quando do exercício de suas funções;

3.4 - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, assim reconhecidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

3.5 - Exames, tratamentos experimentais e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

3.6 - Moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de tufões, furacões, tornados, ciclones, maremotos, terremotos e erupções vulcânicas. Estas exclusões não se aplicam aos **ASSOCIADOS** que, por força de sua profissão e em seu exercício, encontrem-se em atividade a bordo de navios e outras embarcações aquáticas;

3.7 - Despesas médicas e/ou hospitalares realizadas ou iniciadas antes do início de vigência de cada garantia do Seguro Coletivo de Assistência à Saúde, e/ou antes do cumprimento das carências previstas nas Condições Particulares;

3.8 - Exames complementares e/ou internamentos de qualquer natureza, para fins de avaliação do estado de sanidade física ou mental (check-up), bem como quaisquer exames e/ou procedimentos realizados a pedido do **ASSOCIADO** sem fundamentação médica. Exames diversos que levem a mesma comprovação diagnóstica, somente serão considerados se devidamente justificados pelo médico;

3.9 - Exames e tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou investigação diagnóstica com finalidade estética, em suas várias modalidades ou decorrentes de acidente ocorrido fora da vigência do Seguro Coletivo de Assistência à Saúde, bem como quaisquer internações ou tratamentos por motivo de senilidade e/ou obesidade, exceto obesidade mórbida, desde que justificada por relatório médico e de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde;

3.10 - Escleroterapia;

3.11 - Inseminação artificial e quaisquer outros métodos de tratamentos e/ou investigação diagnóstica de infertilidade e/ou esterilidade, dispositivos anticonceptivos, como vasectomia, laqueaduras e suas reversões e provas de paternidade;

3.12 - Procedimentos odontológicos;



- 3.13 - Tratamentos de terapia ocupacional e psicanálise;
- 3.14 - Enfermagem de caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do **ASSOCIADO** exijam cuidados especiais e/ou extraordinários;
- 3.15 - Despesas extraordinárias, tais como: diferença de despesas médico-hospitalares motivadas por internamento hospitalar, por ação do **ASSOCIADO**, em acomodação superior à contratada, despesas com frigobar, telefonemas, gorjetas e quebras de objetos e, de acompanhante em internamento hospitalar não previstas nas Condições Particulares;
- 3.16 - Medicamentos, vacinas e materiais cirúrgicos, exceto aqueles utilizados durante o regime de internação hospitalar, ou os estritamente necessários ao atendimento ambulatorial do paciente, nos casos de urgência ou emergência, ou durante a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos quando necessários e, medicamentos importados não nacionalizados;
- 3.17 - Exames e tratamentos que envolvam medicina alternativa e tratamentos naturalistas;
- 3.18 - Estados de Convalescença após a alta médica, dietas especiais e estadas em estâncias hidrominerais, climáticas e instituição de saúde para convalescença ou para reabilitação, mesmo que por indicação médica;
- 3.19 - Compra, aluguel, consertos de aparelhos ortopédicos, estéticos e/ou destinados à substituição ou complementação de funções tais como: próteses externas e órtese de qualquer natureza não ligada ao ato cirúrgico;
- 3.20 - Compra, aluguel, conserto ou instalação de equipamentos hospitalares ou similares;
- 3.21 - Tratamento, investigação diagnóstica ou cirurgia, quando o **ASSOCIADO** não estiver sob cuidados de prestadores de serviços legalmente habilitados ao tratamento;
- 3.22 - Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 3.23 - Epidemias, quando assim declaradas pelas autoridades competentes, e envenenamento de caráter coletivo e qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- 3.24 - Cirurgia para mudança de sexo, mesmo quando justificada por relatório médico;
- 3.25 - As internações em hospitais do tipo instituição para idosos, casa de descanso, asilos e assemelhados;
- 3.26 - Os eventos cirúrgicos, a utilização de leitos de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes somente terão cobertura depois de decorrido prazo de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de início de vigência individual de cada **ASSOCIADO**, exceto para seguros compulsórios;



3.27 - Todas as despesas de conservação, implantação e reimplantação de células vivas;

3.28 - Todas as despesas com doadores vivos e conservação de órgãos; exceto nos casos de transplantes de rim e córnea;

3.29 - Além dos itens acima, estão excluídos os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos divulgados pelo Ministério da Saúde.

4 – PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (SENHA):

4.1 - Exames Especiais e Tratamentos Ambulatoriais;

4.2 – Terapias;

4.3 – Internações clínicas, cirúrgicas e obstétricas.

5 - SISTEMA DE ATENDIMENTO

Os serviços médico/hospitalares serão prestados a todos os **ASSOCIADOS** pelo sistema de credenciamento e/ou sistema de livre escolha, se previsto e de acordo com o plano contratado pelo **Associado**.

5.1- LIVRE ESCOLHA:

5.1.1- Os **ASSOCIADOS** poderão utilizar o sistema de livre escolha de prestadores de serviços médicos/hospitalares mediante pagamento direto e, posteriormente, serão ressarcidos de acordo com os múltiplos de reembolso estipulados, desde que haja **previsão 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 médicos, laboratórios, hospitais nas mais variadas especialidades colocadas à disposição, não necessitando efetuar qualquer pagamento sobre os eventos.

6 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA RECEBIMENTO DE REEMBOLSO:

6.1 – Consultas:

- ? Recibo Original, discriminando;
- ? CPF ou CGC/CNPj;
- ? Endereço completo;



- ? CRM e assinatura;
- ? Discriminação do serviço prestado.

6.2 – Exames:

- ? Prescrição médica solicitando os Exames, em receituário próprio do médico, constando nome, CPF e CRM do respectivo profissional, bem como a descrição de todos os exames a serem realizados.
- ? Recibo ou Nota Fiscal original, discriminando:
 - Nome do prestador.
 - CPF/CGC/CNPJ.
 - Especificação de cada exame realizado, com os códigos da AMB 92 e respectivo preço unitário.
 - Especificação dos materiais e medicamentos se utilizados com quantidade e preços unitários.
 - Data da realização.
 - Nome do paciente.

6.3 - Internações Hospitalares/Parto:

- ? Relatório do médico assistente constando procedimentos realizados, com código da AMB 92 ou CID 10, nos casos de atendimento clínicos/psiquiátricos, e suas justificativas, constando nome, CPF, CRM do respectivo médico.
- ? Recibo de honorários individualizados (caso esteja envolvido mais de um profissional), devidamente datados e assinados, discriminando:
 - ? Nome do profissional.
 - ? Sua função no evento (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, perfusionista, etc).
 - ? CPF/CGC/CNPJ.
 - ? CRM.
 - ? Nome do Paciente atendido e do Hospital em que se deu o atendimento.

6.4 - Despesas Hospitalar:

- ? Conta hospitalar quitada, contendo o nome do paciente e relação individualizada, discriminando as respectivas quantidades e valores de todas as despesas realizadas com:
 - ? Exames,
 - ? Materiais,
 - ? Medicamentos,
 - ? Taxas,
 - ? Honorários,
 - ? Diárias,
 - ? Descartáveis,
 - ? Outros.



Caso a operadora possua formulário específico para reembolso de livre-escolha, este fará parte integrante da documentação exigida para o processamento das despesas.

7 - PRAZO DE CARÊNCIA:

Entende-se como carência, o período em que o **ASSOCIADO** recolhe a contribuição, sem, no entanto, ter direito a utilizar os benefícios do PAS FAMÍLIA- Saúde Médico/Hospitalar.

As carências adotadas estão em consonância à Lei 9.656, art. 12, inciso V – alínea a, b e c.

- ? 300 dias parto a termo;
- ? 180 dias para os demais casos: consultas, exames, tratamentos ambulatoriais e internação;
- ? 24 horas para urgência e emergência.
- ? 24 meses para doenças pré-existentes

7.1 - As carências acima mencionados poderão ser dispensadas nas condições a seguir relacionadas:

7.1.1 – Para os casos de Acidentes Pessoais, sofridos pelos **ASSOCIADOS** titular/dependentes, desde que ocorra após a data de início da vigência do plano.

7.1.1.1 – Para os fins deste Programa, considera-se ACIDENTE PESSOAL, o evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, imprevisível e que venha causar lesões físicas as pessoas.

7.1.2 – Para o Cônjuge recém-casado, desde que seja incluído no PAS - Saúde Médico/Hospitalar até no máximo 30 dias, a contar da data do casamento (deverá ser fornecida cópia da certidão de casamento).

7.1.3 - Para o Filho recém-nascido, desde que seja incluído no PAS – Saúde Médico/Hospitalar até no máximo 30 dias, a contar da data de nascimento (deverá ser fornecida cópia da certidão de nascimento).

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

8 – ASSOCIADOS TITULARES:

8.1 - Ex-servidores, ex-funcionários ou ex-empregados das Instituidoras e Instituidoras por Adesão;

8.2 - Parentes consangüíneos de servidores, empregados ou funcionários das Instituidoras e Instituidoras por Adesão - da ativa, aposentados ou de seus pensionistas;

Parágrafo Único – Entende-se por Parentes Consangüíneos os pais; sogros; filhos acima de 40 anos; netos solteiros acima de 30 anos; netos casados de qualquer idade; bisnetos;



enteado ou menor que por determinação judicial esteja sob tutela ou guarda do titular, acima de 40 anos; irmãos.

9 - ASSOCIADOS DEPENDENTES

9.1 - Cônjuge ou companheiro(a) na forma da Lei.

9.2- Filhos de qualquer condição, solteiros, menores de 30 (trinta) anos.

9.3 - Filhos inválidos.

9.4 – Enteado ou menor que por determinação judicial esteja sob tutela ou guarda do titular, solteiros, menores de 30 (trinta) anos.

10 – DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

10.1 – Titular:

? Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento ou Casamento que comprove a consangüinidade com o Associado Titular do PAS.

? Cópia da carteira de trabalho e/ou Declaração da Instituidora ou Instituidora por Adesão informando a data do desligamento e o motivo.

? Cópia do Contra-cheque

? Cópia do comprovante de residência

10.2 – Dependente:

? Cônjuge: Certidão de casamento.

? Companheira(o):

a) declaração de IR, com indicação da dependência da companheira;

b) comprovação de mesmo endereço;

c) declaração expedida pelo INSS, qualquer outro documento hábil para comprovar a condição.

d) Declaração de União Estável formulada perante tabelião.

? Filho: certidão de nascimento.

? Filho inválido: laudo médico e certidão de nascimento.

? Enteado/ menor sob guarda: certidão de nascimento, declaração do imposto de renda e/ou termo judicial.

10.2.1 – Os documentos exigidos para comprovação de União estável nas alíneas “a”, “c”, e “d”, autorizam individualmente o reconhecimento da União Estável.

11 - MUDANÇA DE PLANO:

11.1 - Poderão ser efetuadas alterações de Plano quando o **ASSOCIADO** tiver cumprido o período de vinculação do Programa inicialmente contratado, conforme item 12.1.2, e **se previsto no plano contratado pelo ASSOCIADO, respeitadas eventuais restrições específicas no plano contratado.**



12 - EXCLUSÃO / CANCELAMENTO:

12.1 - A **EXCLUSÃO/CANCELAMENTO** é realizado mediante solicitação expressa do **ASSOCIADO TITULAR** em documento próprio, disponível no site da FIPECq Vida na Internet, não cabendo restituições das contribuições efetuadas, consumando-se o desligamento no final do mês subsequente ao pedido.

12.1.2 – Fica estipulado um vínculo do **ASSOCIADO** com o **PAS Família**, por um período inicial 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.

12.2 – Os filhos que atingirem os limites estabelecidos nos itens 9.2 e 9.4 serão excluídos automaticamente do plano contratado, no mês subsequente a ocorrência;

12.3 – O Titular é responsável juridicamente pela utilização do plano contratado após o cancelamento do mesmo, cabendo ressarcimento das despesas realizadas após o pedido de **EXCLUSÃO/CANCELAMENTO**.

13 – CO-PARTICIPAÇÃO:

13.1 - Os **ASSOCIADOS** do **PAS Família** – Saúde Médico/Hospitalar terão **CO-PARTICIPAÇÃO** dos valores referentes às despesas com consulta médica e exames, realizados tanto na rede credenciada como no sistema de livre escolha, se previsto no plano contratado pelo **ASSOCIADO**.

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

14. Faz parte integrante deste Regulamento as Disposições Gerais e Finais do Programa de Assistência à Saúde – PAS FAMÍLIA.



II – PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO

1 - ABRANGÊNCIA

As abrangências do **PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO** estão em total consonância à Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos estabelecidos pela Resolução RDC 21, que servirão de referência básica para a cobertura odontológica.

2 – COBERTURA:

- a) Cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- b) Cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
- c) Cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

2.1 - TRATAMENTO BÁSICO:

- ? Consultas
- ? Emergências (extração simples)
- ? Radiografias
- ? Prevenção (profilaxia, aplicação de flúor, selantes)
- ? Restaurações (amalgama, resina)
- ? Perícias

2.2 – CIRURGIA:

- ? Extrações dentárias cirúrgicas
- ? Cirurgia em nível de tecido mole (mucosa)
- ? Cirurgia em nível de tecido ósseo

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

2.2.1.1 - As cirurgias de maior porte (Buco-maxilo-facial), poderão estar cobertas pelo PAS FAMÍLIA MÉDICO/HOSPITALAR .



2.3 - ENDODONTIA (TRATAMENTO DE CANAL):

O tratamento endodôntico tem como principal finalidade a preservação do elemento dental dentro da arcada dentária, criando condições para sua recuperação estrutural e funcional.

Faz parte desse grupo:

- ? Capeamento pulpar
- ? Remoção de obturação
- ? Remoção de prótese
- ? Tratamento endodôntico (dentes permanentes e dentes decíduo).

2.4 - PERIODONTIA (TRATAMENTO DA GENGIVA):

Qualquer lesão ou moléstias sejam elas de origem traumática (oclusão), higiene deficiente (placas bacterianas e tártaro), infecciosa (infecções dentárias ou periodontais) ou de doenças sistêmicas cujas conseqüências e sinais aparecem na mucosa oral (herpes), podem originar aparecimento de bolsas periodontais, retração gengival, reabsorção do osso alveolar que desestrutura a sustentação dos dentes, prejudicando as funções mastigatórias. A saúde do periodonto é responsável pela base de sustentação e implantação dos dentes.

2.5 – ORTODONTIA:

A ortodontia é responsável pela correção das anomalias e deformidades das arcadas dentárias, causadas por vários fatores.

A ortodontia utiliza a força para deslocar, girar e tracionar o dente para uma posição correta e ideal de oclusão automática.

Os procedimentos aplicados são:

- ? Ortodontia
- ? Ortopedia bimaxilar

Esses tratamentos estão limitados a **ASSOCIADOS** e dependentes com idade de até 18 anos.

2.6 – PRÓTESE:

A prótese serve para preservar e reabilitar a capacidade mastigatória. Essa reabilitação é feita pela construção parcial ou total da coroa dentária com a reposição de alguns ou todos dentes perdidos, através de próteses parciais ou totais.

As coberturas para esse grupo são:



- ? Incrustações - reconstrução parcial da coroa
- ? Núcleo e coroas - reconstrução total da coroa
- ? Próteses parciais - reposição de dentes perdidos
- ? Reparo

Esses tratamentos estarão cobertos se previsto no plano contratado pelo Associado.

2.7 - ATENDIMENTOS NÃO COBERTOS:

2.7.1. Métodos diagnósticos e tratamentos, clínicos ou cirúrgicos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades odontológicas nacionais, em especial o Conselho Federal de Odontologia (CFO);

2.7.2. Serviços odontológicos com finalidades estética;

2.7.3. Reimplantes dentários, salvo em casos de urgência ou emergência comprovadas, nos termos da RDC21;

2.7.4. Despesas hospitalares em qualquer hipótese;

2.7.5. Atendimento domiciliar, em qualquer hipótese;

2.7.6. Fornecimento de medicamento para tratamento;

2.7.7. Fornecimento de prótese não dental, órteses e seus acessórios, em qualquer hipótese;

2.7.8. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, não reconhecido pelas autoridades competentes;

2.7.9. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando delcaradas pela autoridade competente;

2.7.10. Ouro ou qualquer outro tipo de metal nobre, resinas e dentes importados utilizado como material em trabalhos de Prótese.

2.8 - FORMA DE UTILIZAÇÃO:

Os tratamentos odontológicos descritos nesse regulamento serão atendidos por meio de planos odontológicos terceirizados contratados pela FIPECq Vida.



2.9 - AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTOS:

2.9.1 - Escolhido o profissional ou clínica, a autorização prévia para a realização de procedimentos/eventos cobertos deverá ser apresentada à Empresa de Odontologia contratada, através do profissional escolhido.

2.9.2 – O tratamento somente deverá se iniciar após a autorização da Empresa de Odontologia contratada.

3- PRAZOS DE CARÊNCIA:

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

3.2 - Os prazos de carência e utilização serão contados a partir do primeiro dia do mês subsequente ao do recolhimento da primeira contribuição.

3.3 - Ficam definidos para os eventos previstos os seguintes critérios de carência:

3.3.1 - Não haverá carência para os casos de Acidentes Pessoais, sofridos pelos **ASSOCIADOS TITULAR/DEPENDENTES**, desde que ocorra 24 horas após a data do início do plano.

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

3.3.2 - O filho nascido na vigência do **PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO**, ou esposa em virtude de casamento que adquirir esta condição após a adesão do titular, ficarão sujeitos à carência que o titular estiver cumprindo, caso não sejam incluídos no **PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO** nos 30 dias seguintes à nova condição.

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

3.3.2.1 - Caso as condições acima não sejam cumpridas pelo TITULAR, os ASSOCIADOS DEPENDENTES somente terão os benefícios do Programa, após o preenchimento do Boletim de Inclusão de Dependentes e apresentação da documentação comprobatória devida (Certidão de nascimento/Casamento) e cumprido a carência específica.

3.3.2.2- É de inteira responsabilidade do ASSOCIADO TITULAR procurar a Representação da FIPECq Vida para o preenchimento do Boletim de Alterações Cadastrais - B.A.C. e regularizar sempre que necessário sua situação cadastral junto a FIPECq - Vida.



4- CARÊNCIA ESPECÍFICA:

Grupo de Carência	Aquisição de Direito de Uso	Serviços Odontológicos
1	A partir de 3 (três) meses da data da inclusão	TRATAMENTOS BASICOS (consulta, extração simples, radiografia, profilaxia, flúor, restaurações, pericia)
2	A partir de 6 (seis) meses da data da inclusão	CIRURGIA ENDODONTIA
3	A partir de 12 (doze) meses da data da inclusão	PRÓTESE PERIODONTIA ORTODONTIA

* As carências acima poderão sofrer alterações de acordo com o plano contratado pelo ASSOCIADO.

5 – ASSOCIADOS TITULARES:

5.1 - Ex-servidores, ex-funcionários ou ex-empregados das Instituidoras e Instituidoras por Adesão;

5.2 - Parentes consangüíneos de servidores, empregados ou funcionários das Instituidoras e Instituidoras por Adesão - da ativa, aposentados ou de seus pensionistas;

Parágrafo Único – Entende-se por Parentes Consangüíneos os pais; sogros; filhos acima de 40 anos; netos solteiros acima de 30 anos; netos casados de qualquer idade; bisnetos; enteado ou menor que por determinação judicial esteja sob tutela ou guarda do titular, acima de 40 anos; irmãos.

6 - ASSOCIADOS DEPENDENTES

6.1 - Cônjuge ou companheiro(a) na forma da Lei.

6.2- Filhos de qualquer condição, solteiros, menores de 30 (trinta) anos.

6.3 - Filhos inválidos.

6.4 – Enteado ou menor que por determinação judicial esteja sob tutela ou guarda do titular, solteiros, 30 (trinta) anos.



7 – DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

7.1 – Titular:

- ? Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento ou Casamento que comprove a consangüinidade com o Associado Titular do PAS.
- ? Cópia da carteira de trabalho e/ou Declaração da Instituidora ou Instituidora por Adesão informando a data do desligamento e o motivo.
- ? Cópia do contra-cheque.
- ? Cópia do comprovante de residência

7.2 – Dependente:

- ? Cônjuge: Certidão de casamento.
- ? Companheira(o):
 - a) declaração de IR, com indicação da dependência da companheira;
 - b) comprovação de mesmo endereço;
 - c) declaração expedida pelo INSS, qualquer outro documento hábil para comprovar a condição.
 - d) Declaração de União Estável formulada perante tabelião.
- ? Filho: certidão de nascimento.
- ? Filho inválido: laudo médico e certidão de nascimento.
- ? Enteado/ menor sob guarda: certidão de nascimento, declaração do imposto de renda e/ou termo judicial.

7.2.1 – Os documentos exigidos para comprovação de União estável nas alíneas “a”, “c”, e “d”, autorizam individualmente o reconhecimento da União Estável.

8 - EXCLUSÃO / CANCELAMENTO:

8.1 - A EXCLUSÃO/CANCELAMENTO é realizado mediante solicitação expressa do **ASSOCIADO TITULAR** em documento próprio, disponível no site da FIPECq Vida na Internet, não cabendo restituições das contribuições efetuadas, consumando-se o desligamento no final do mês subsequente ao pedido.

8.2 – Fica estipulado um vínculo do **ASSOCIADO** com o **PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO**, por um período inicial 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.

8.3 – Os filhos que atingirem os limites estabelecidos nos itens 6.2 e 6.4 serão excluídos automaticamente do plano contratado, no mês subsequente a ocorrência.

8.4 – O Titular é responsável juridicamente pela utilização do plano contratado após o cancelamento do mesmo, cabendo ressarcimento das despesas realizadas após o pedido de EXCLUSÃO/CANCELAMENTO.



9. Faz parte integrante deste Regulamento as Disposições Gerais e Finais do Programa de Assistência à Saúde – PAS FAMÍLIA.

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



III – PAS FAMÍLIA - SEGURO

1 – OBJETIVO:

O PAS Família **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 – COBERTURA:

A cobertura do seguro está condicionada àquele 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 – VIGÊNCIA:

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

4 – VALOR DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL:

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

5 – CARÊNCIA:

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

6 – ASSOCIADOS TITULARES E DEPENDENTES

6.1 - TITULARES:

6.1.1 - Ex-servidores, ex-funcionários ou ex-empregados das Instituidoras e Instituidoras por Adesão;



6.1.2 - Parentes consangüíneos de servidores, empregados ou funcionários das Instituidoras e Instituidoras por Adesão - da ativa, aposentados ou de seus pensionistas;

Parágrafo Único – Entende-se por Parentes Consangüíneos os pais; sogros; filhos solteiros maiores de 40 anos; filhos casados de qualquer idade; netos solteiros maiores de 30 anos; netos casados de qualquer idade; bisnetos; menores sob guarda casados; enteados casados e tutelados casados; irmãos.

6.2 - DEPENDENTES:

6.2.1 - Cônjuge ou companheiro(a) na forma da Lei.

6.2.2 - Filhos de qualquer condição até 21 anos e, se universitários, até 24 anos.

7 – BENEFICIÁRIOS:

7.1 - O **ASSOCIADO** deverá indicar na Ficha de Inscrição do **PAS-SEGURO** o(s) beneficiário(s), isto é, a(s) pessoa(s) a quem a seguradora contratada deverá pagar o montante estipulado no caso de morte.

8 – PAGAMENTOS DOS SINISTROS:

8.1 - 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.

8.2 - Quando da ocorrência do sinistro deverá a família do Associado imediatamente realizar a comunicação do fato à FIPECq Vida, por meio das Representações e/ou 0800612002, a fim de garantir a correção dos valores da indenização devida.



IV - DISPOSIÇÕES GERAIS

1 – VIGÊNCIA:

1.1- O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, contado a partir da data de sua aprovação pelo Conselho de Administração, podendo ser extinto a qualquer tempo, por deliberação do mesmo Colegiado.

2- REAJUSTE:

2.1 - As contribuições serão reajustadas de acordo com a variação dos custos médicos/hospitalares/odontológicos e do seguro apurados nos períodos previstos nos contratos celebrados com as Seguradoras e Operadoras dos Planos de Saúde médico/hospitalar/odontológico, bem como na ocorrência de eventos imprevisíveis da utilização dos serviços e alteração sensível na constituição do grupo assistido.

3 – INCLUSÃO:

3.1- A inclusão é realizada mediante preenchimento de Ficha de Adesão ou Termo de Compromisso com aceitação integral das condições do **PAS Família**.

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, só poderá solicitar inclusão nos diversos Programas do **PAS FAMÍLIA** se, antecipadamente, quitar junto a **FIPECq Vida** seus débitos anteriores.

4- PERÍODO DE VINCULAÇÃO:

4.1 - Fica estipulado um vínculo do **ASSOCIADO** com o **PAS Família**, por um período mínimo 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 – 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 - Caso o **ASSOCIADO** e/ou seus dependentes tiverem usufruído de algum benefício do **PAS Família**, sua exclusão somente será permitida após cumprimento integral do período de vinculação ao **PAS Família**.

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

5.4 - O não pagamento na data estabelecida em Débito em Conta Corrente ou Boleto acarretará a imediata 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.

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

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 Família**, independentemente das medidas judiciais cabíveis, sem que lhe assista e a seus dependentes direito a qualquer benefício ou devolução de quantias anteriormente pagas.

6- CONTRIBUIÇÕES:

6.1 - PAS FAMÍLIA MÉDICO HOSPITALAR: Corresponde a um valor fixo mensal por usuário e será pago por meio de boleto bancário ou débito em conta, em nome do Associado e/ou outra forma que venha ser definida.

6.2 – PAS FAMÍLIA SEGURO: Corresponde a um valor fixo mensal e será pago por meio de boleto bancário ou débito em conta, em nome do Associado e/ou outra forma que venha ser definida.

6.3 – PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO: Corresponde a um valor fixo mensal por usuário e será pago por meio de boleto bancário ou débito em conta, em nome do Associado e/ou outra forma que venha ser definida.

7- ADESÃO AOS PROGRAMAS:

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

- 1- PAS FAMÍLIA MÉDICO/HOSPITALAR.**
- 2- PAS FAMÍLIA ODONTOLÓGICO.**
- 3- PAS FAMÍLIA SEGURO.**



É de inteira responsabilidade do ASSOCIADO TITULAR procurar a Sede ou a Representação da FIPECq Vida para o preenchimento do Boletim de Alterações Cadastrais - B.A.C. e regularizar sempre que necessário sua situação cadastral junto a FIPECq – Vida.

Os endereços e telefones das Representações estão disponíveis no site da FIPECq Vida – www.fipeccqvida.com.br



V – 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 FAMÍLIA**.

2 - A **FIPECq Vida** na qualidade de estipulante, é a única detentora do certificado da apólice emitida em grupo assistido. Assim, o documento de comprovação para o **ASSOCIADO** e seus dependentes é a Ficha de Inscrição e este Regulamento.

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 FAMÍLIA**, fica eleito o foro de Brasília-DF, por mais privilegiado que seja o das partes.

(Aprovado na 57ª Reunião do Conselho de Administração)