



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 enfermagem, 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: 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.



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.

- **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.