

## ÍNDICE

CAPÍTULO II - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO .....	2
CAPÍTULO III – DEFINIÇÕES .....	3
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	6
Seção I – Da Admissão.....	6
Seção II – Do Demitido Sem Justa Causa.....	9
Seção III – Do Aposentado .....	10
Seção IV - Das Disposições Comuns .....	11
Seção V – Do Falecimento .....	12
Seção VI – Da Suspensão da Cobertura e da Exclusão dos BENEFICIÁRIOS.....	12
CAPÍTULO V - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....	14
Seção I - Da Cobertura Ambulatorial.....	15
Seção II - Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia .....	17
Seção III - Da Cobertura Odontológica.....	23
CAPÍTULO VI - EXCLUSÕES DE COBERTURA .....	27
CAPÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	30
CAPÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	31
CAPÍTULO IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	34
Seção I - Do Atendimento .....	34
Seção II - Da Remoção.....	36
CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO.....	37
CAPÍTULO XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	40
Seção I - Cartão de Identificação .....	40
Seção II - Padrão de Acomodação.....	41
Seção III - Serviços Próprios e Rede Credenciada.....	41
Seção IV - Autorizações Prévias .....	43
Seção V - Coparticipação .....	45
CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE.....	45
CAPÍTULO XIII - REAJUSTE.....	46
CAPÍTULO XIV – FAIXAS ETÁRIAS.....	48
CAPÍTULO XV - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E GERAIS.....	48
ANEXO I – PLANO DE CUSTEIO DO PLANO FACEB SAÚDE VIDA .....	51

## **CAPÍTULO I – CARACTERÍSTICAS GERAIS**

**Art. 1º.** A **Fundação de Previdência dos Empregados da CEB**, nome fantasia **OPERADORA**, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 30.936-2 e classificada como autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 00.469.585/0001-93, localizada à SCS QD 04 Lote, 143, Asa Sul, Brasília – DF, CEP 70.304-905, denominada **OPERADORA**, é a instituição que ofertará e gerenciará o **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, instituído na modalidade de preço pré-estabelecido, objeto deste Regulamento.

**Art. 2º.** São consideradas **CONVENIENTES** do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** as pessoas jurídicas que firmarem Convênio de Adesão ao **PLANO CEB SAÚDE VIDA**, em conformidade com as disposições previstas no Estatuto Social da **OPERADORA**.

**Art. 3º.** O **PLANO** tratado neste instrumento é denominado **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** e está registrado na ANS sob o nº **477802172**, possuindo como Características Gerais:

- I. Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- II. Segmentação Assistencial: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico;
- III. Fator Moderador: Coparticipação;
- IV. Abrangência Geográfica: Estadual;
- V. Área de Atuação: Distrito Federal;
- VI. Padrão de Acomodação em Internação: Individual;
- VII. Formação do Preço: Pré-estabelecido.

## **CAPÍTULO II - ATRIBUTOS DO REGULAMENTO**

**Art. 4º.** O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando

à assistência Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento.

**Parágrafo Único.** O presente instrumento trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes do plano privado de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

### CAPÍTULO III – DEFINIÇÕES

**Art. 5º.** Para os efeitos deste Regulamento, são adotadas as seguintes definições:

- I. **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- II. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde;
- III. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR:** área definida neste Regulamento, dentro da qual o **BENEFICIÁRIO** poderá utilizar os serviços cobertos;
- IV. **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência ou emergência;
- V. **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- VI. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física inscrita no plano como Titular ou Dependente que usufrui os serviços pactuados neste Regulamento;
- VII. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do **BENEFICIÁRIO**, tipo de procedimento, efetuado com vistas à

manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**;

- VIII. **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10.ª revisão;
- IX. **CARÊNCIA:** o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência da adesão do **BENEFICIÁRIO** ao plano, durante o qual os **BENEFICIÁRIOS** não têm direito às coberturas contratadas;
- X. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal;
- XI. **CONTRIBUIÇÃO:** contraprestação pecuniária paga pelos **BENEFICIÁRIOS** à **OPERADORA**;
- XII. **COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** à **OPERADORA**, após a realização de procedimento;
- XIII. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do **BENEFICIÁRIO**;
- XIV. **COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, diabetes e abortamento;
- XV. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/98;
- XVI. **DEPENDENTE:** pessoa física com vínculo familiar com o Titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas neste Regulamento;

- XVII. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico;
- XVIII. **DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento;
- XIX. **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** aquela que o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- XX. **DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho;
- XXI. **EMERGÊNCIA:** é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- XXII. **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do **BENEFICIÁRIO**;
- XXIII. **HOSPITAL DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- XXIV. **LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES:** mecanismo de acesso oferecido ao **BENEFICIÁRIO** que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso das despesas assistenciais, conforme Tabela de Referência da **OPERADORA**;
- XXV. **MÉDICO ASSISTENTE:** é o médico responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao **BENEFICIÁRIO**;
- XXVI. **PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência;
- XXVII. **PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados;
- XXVIII. **URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

**Parágrafo Único.** Por convenção, adotou-se neste Regulamento o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

## CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

### Seção I – Da Admissão

**Art. 6º.** O **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** destina-se aos **BENEFICIÁRIOS**, ex-empregados demitidos sem justa causa, pedidos de demissão ou aposentados, extensivo a seus Dependentes, que optarem pelo direito de manutenção após a perda do vínculo empregatício, nos termos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

**Art. 7º.** Serão admitidos no **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** como **BENEFICIÁRIOS**, observadas as regras previstas nas Seções do presente Capítulo:

I. **Na qualidade de BENEFICIÁRIO Titular:**

- a) O **BENEFICIÁRIO** Titular anteriormente inscrito em plano de saúde destinado à categoria de empregados ativos no **PLANO CEB SAÚDE VIDA** e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONVENENTE** em razão de demissão ou exoneração sem justa causa; e
- b) O **BENEFICIÁRIO** Titular anteriormente inscrito em plano de saúde destinado à categoria de empregados ativos no **PLANO CEB SAÚDE VIDA** e que vier a perder o vínculo empregatício em relação à **CONVENENTE** em razão de aposentadoria;
- c) Os demitidos sem justa causa e aposentados entre 08/03/2016 e a implantação deste plano, bem como aqueles aposentados e pensionistas da **CONVENENTE** anteriores a esta data.

II. **Na qualidade de BENEFICIÁRIO Dependente do Titular:**

- a) As pessoas naturais já inscritas na condição de dependente do Titular em plano de saúde destinado a categoria de empregados ativos no **PLANO CEB SAÚDE VIDA** quando da perda do vínculo empregatício do Titular em relação à **CONVENENTE**;
- b) O novo cônjuge do Titular;

c) Os filhos do Titular, observando os limites de idade e demais condições estabelecidas no Regulamento de plano de saúde destinado à categoria de empregados ativos no **PLANO CEB SAÚDE VIDA**.

III. Na qualidade de Pensionista: as pessoas naturais anteriormente inscritas na condição de Dependente do Titular em plano de saúde destinado a categoria de empregados ativos no **PLANO CEB SAÚDE VIDA** quando do falecimento do Titular.

**Art. 8º.** A admissão dos **BENEFICIÁRIOS** Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

**§1º.** Para a admissão do Titular ou de Dependentes, deverão ser entregues à **OPERADORA** cópia dos seguintes documentos (sem prejuízo de outros exigidos no Convênio celebrado entre a **OPERADORA** e as **CONVENENTES**):

- I. Para a inclusão de Cônjuge:
  - a) Cópia do CPF e do RG do cônjuge;
  - b) Cópia da certidão de casamento atualizada em caso de expedição acima de 03 anos, a contar da data de inscrição;
  - c) Cópia do comprovante de residência (caso não resida no mesmo endereço do Titular).
- II. Para a inclusão de Companheiro:
  - a) Cópia do CPF e do RG do companheiro;
  - b) Cópia de declaração de união estável lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente;
  - c) Cópia do comprovante de residência (caso não resida no mesmo endereço do Titular).
- III. Para a inclusão de filhos, adotivos ou não, e enteados:
  - a) Cópia do CPF e do RG do filho ou enteado, onde conste a filiação em relação ao Titular ou seu cônjuge ou companheiro;
  - b) Cópia da certidão de nascimento do filho ou enteado;
  - c) Cópia da decisão judicial de adoção (somente para filho adotado);

- d) Cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente (somente para enteado);
  - e) Comprovante de matrícula em instituição universitária registrada no MEC, que deverá ser apresentado semestral ou anualmente, conforme validade do documento (somente para filhos e enteados universitários);
  - f) Laudo médico comprovando a invalidez permanente emitido pelo INSS ou comprovante de aposentadoria por invalidez junto ao INSS, bem como laudo médico emitido por perito indicado pela própria **OPERADORA** (somente para filhos e enteados inválidos);
  - g) Cópia do comprovante de residência (caso não resida no mesmo endereço do Titular).
- IV. Para a inclusão de menor sob guarda ou tutela:
- a) Cópia do CPF e do RG;
  - b) Cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
  - c) Cópia do comprovante de residência (caso não resida no mesmo endereço do Titular).
- V. Para a admissão de Pensionista:
- a) Cópia do CPF e do RG do Pensionista;
  - b) Cópia da certidão de casamento (somente para cônjuge);
  - c) Cópia de declaração de união estável lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente (somente para companheiro);
  - d) Cópia do comprovante de residência (caso não resida no mesmo endereço do Titular);
  - e) Cópia da certidão de óbito do Titular.
  - f) Comprovante de recebimento de benefício de pensão junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS.

**§2º.** A admissão do **BENEFICIÁRIO** Titular, com ou sem Dependentes, caracteriza a manifestação da sua concordância com os termos deste Regulamento e a autorização expressa para que suas contribuições e eventuais coparticipações sejam descontadas em folha de pagamento de



benefícios da **OPERADORA**, ou recolhidas pessoal e diretamente à **OPERADORA**.

**§3º.** O **BENEFICIÁRIO** Titular autoriza também, os descontos devidos de contribuições e coparticipações no pecúlio e na reserva de poupança do seu plano previdenciário no caso de morte ou de resgate e portabilidade respectivamente, e ainda no caso de pagamento de benefício quando da aposentadoria ou quando do inventário se houver.

**§4º.** Para efeito de migração para outro plano de saúde, o **BENEFICIÁRIO** Titular deverá quitar todos os débitos referentes a este Plano.

**§5º.** A **OPERADORA** tem o direito de, a qualquer tempo, exigir comprovação da veracidade das informações e declarações prestadas.

**Art. 9º.** É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO**, isento do cumprimento dos períodos de carência e não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a realização do parto ou da adoção;
- II. Do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** adotante.

**Parágrafo Único.** A inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** previstos nos incisos I e II do parágrafo anterior deverá observar as disposições contidas na regulamentação da ANS, inclusive quanto à necessidade de verificação das condições de elegibilidade estabelecidas no presente Regulamento para ingresso no **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

## Seção II – Do Demitido Sem Justa Causa

**Art. 10.** Ao ex-empregado da **CONVENENTE** demitido sem justa causa, que tiver contribuído para o **PLANO CEB SAÚDE VIDA** da **CONVENENTE**, na vigência do seu contrato de trabalho, no caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO**

neste **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, por prazo determinado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **OPERADORA** o pagamento integral da contribuição mensal estabelecida no **Plano de Custeio, Anexo I deste Regulamento**.

§1º. O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de contribuição ao **PLANO CEB SAÚDE VIDA** da **CONVENENTE**, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§2º. O Titular demitido sem justa causa deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o seu desligamento, a contar da comunicação da **CONVENENTE** quanto ao direito de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO**, formalizada no ato da comunicação da demissão.

### Seção III – Do Aposentado

**Art. 11.** Ao ex-empregado aposentado que tiver contribuído para o **PLANO CEB SAÚDE VIDA** da **CONVENENTE**, em decorrência do vínculo empregatício, é assegurado o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** neste **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, por prazo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à **OPERADORA** o pagamento integral da contribuição mensal estabelecida no **Plano de Custeio, Anexo I deste Regulamento**.

§1º. O aposentado deve optar pela manutenção da assistência à saúde no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, em resposta à comunicação da **CONVENENTE**, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

§2º. Na hipótese do ex-empregado que se aposentar e continuar trabalhando na **CONVENENTE**, quando vier a se desligar desta, é garantido o direito de manter-se como **BENEFICIÁRIO** na condição de aposentado.

§3º. Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **CONVENENTE**, antes do exercício do direito acima previsto, é garantida a permanência no plano dos Dependentes inscritos dos ex-

empregados aposentados, por prazo indeterminado, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras.

#### Seção IV - Das Disposições Comuns

**Art. 12.** O direito de manutenção previsto nas Seções II e III deste Capítulo será assegurado ainda que o **BENEFICIÁRIO** não esteja contribuindo para o **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** no momento da perda do vínculo com a **CONVENENTE**, desde que em algum momento tenha contribuído para o plano de saúde em virtude do vínculo empregatício mantido com a **CONVENENTE**. Neste caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano de saúde.

**Art. 13.** A manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** prevista nas Seções II e III deste Capítulo poderá ser exercida individualmente pelo Titular ou estendida também ao seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (Dependentes), a critério do próprio Titular.

**§1º.** O ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO**.

**§2º.** Em caso de óbito do ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado, é garantida a permanência no **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** dos Dependentes inscritos, desde que assumam integralmente as responsabilidades financeiras e formalizem expressamente junto à **OPERADORA** sua permanência em até 30 (trinta) dias da ocorrência do óbito.

**§3º.** As garantias relativas ao direito de manutenção do ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações ou acordos coletivos de trabalho.

**§4º.** Nos planos coletivos custeados integralmente pela **CONVENENTE**, não é considerada contribuição a coparticipação do **BENEFICIÁRIO**, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência à saúde e, também, o valor pago pelo empregado para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária do plano de saúde em relação aos Dependentes.

**§5º.** O Titular que não contribuir para o **PLANO CEB SAÚDE VIDA**, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário com a **CONVENENTE**, não terá direito à permanência de que trata as Seções II e III deste Capítulo, após a perda do vínculo empregatício.

**§6º.** É assegurado ao ex-empregado demitido sem justa causa e aposentado e aos seus Dependentes vinculados ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual/familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, nos termos estabelecidos na regulamentação em vigor à época.

**§7º.** Por se tratar de entidade de autogestão, não existe a oferta de plano individual/familiar, motivo pelo qual não se aplicam as regras da Resolução do CONSU nº 19/99.

#### **Seção V – Do Falecimento**

**Art. 14.** Em caso de falecimento do Titular vinculado ao **PLANO CEB SAÚDE VIDA** da **CONVENENTE**, é garantida a manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** para os Dependentes já inscritos, mediante a admissão neste **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

**Parágrafo Único.** A opção pela admissão no **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** deverá ser manifestada pelos **BENEFICIÁRIOS** no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data do falecimento do Titular, mediante a assinatura de Termo de Opção. Nessa hipótese, não será admitida a inscrição de novos Dependentes, devendo um dos Dependentes já inscritos assumir as responsabilidades financeiras pelo plano de saúde.

#### **Seção VI – Da Suspensão da Cobertura e da Exclusão dos BENEFICIÁRIOS**

**Art. 15.** A perda da qualidade de **BENEFICIÁRIO** para o **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** ocorrerá nas seguintes situações:

- I. Em caso de fraude ao plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS para apuração da fraude, garantindo o

direito à ampla defesa e ao contraditório, nos termos da legislação vigente;

- II. Quando da admissão do **BENEFICIÁRIO** Titular em novo emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato, sob pena de fraude;
- III. Decurso dos prazos de manutenção previstos no presente Regulamento;
- IV. Cancelamento pela **CONVENENTE** do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados;
- V. Perda da qualidade de Dependente, no caso de o **BENEFICIÁRIO** deixar de atender às condições previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como **BENEFICIÁRIO**;
- VI. Interrupção do pagamento dos valores devidos ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, inclusive em função da inscrição de seus Dependentes, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de inscrição no **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**;
- VII. Quando da solicitação de exclusão feita pelo próprio **BENEFICIÁRIO**.

**§1º.** Após 30 (trinta) dias de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência da data de aniversário da adesão, o atendimento ao **BENEFICIÁRIO** será suspenso.

**§2º.** Após 60 (sessenta) dias de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência da data de aniversário da adesão, a inscrição será cancelada, sem prejuízo de a **OPERADORA** cobrar o débito por todos os meios legais cabíveis, inclusive com a inscrição em órgãos de proteção ao crédito e requerimento judicial da quitação do débito com suas consequências moratórias.

**Art. 16.** Poderá a **CONVENENTE** solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão dos **BENEFICIÁRIOS**, observada a legislação em vigor.

**§1º.** A ocorrência de qualquer fato que justifique a exclusão do Dependente deverá ser comunicada pelo Titular ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, no prazo

máximo de 30 (trinta) dias, acompanhada da documentação comprobatória.

§2º. A exclusão do **BENEFICIÁRIO** Titular implicará a automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto no caso de falecimento do Titular e os Dependentes manifestarem a intenção de permanência no **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, nos termos previstos neste Regulamento.

§3º. O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Regulamento, não exime o **BENEFICIÁRIO** de quitar eventuais débitos com a **OPERADORA**, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação, os quais deverão ser negociados com a **FACEB**, no ato do cancelamento.

§4º. Se, após a exclusão, um dos Ex-**BENEFICIÁRIOS** utilizar qualquer serviço oferecido pela **OPERADORA**, o **BENEFICIÁRIO** Titular arcará com o custo integral das despesas apresentadas pelo prestador do serviço.

§5º. Competirá ao **BENEFICIÁRIO** Titular comunicar à **OPERADORA**, de imediato, qualquer alteração que implique atualização de dados cadastrais próprios ou de seus demais **BENEFICIÁRIOS**.

## CAPÍTULO V - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**Art. 17.** A **OPERADORA** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Regulamento, aos **BENEFICIÁRIOS** regularmente inscritos, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e odontológicos, realizados dentro da área de abrangência e atuação estabelecida neste Regulamento, e na rede prestadora de serviços contratada, credenciada ou referenciada da **OPERADORA**, independente da circunstância e do local de origem do evento, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do evento, relacionados às doenças listadas na CID-10, no que se aplicam ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento.

## **Seção I - Da Cobertura Ambulatorial**

**Art. 18.** A cobertura ambulatorial compreende:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
  - I. 1) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;
- II. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial e observados os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- III. Medicamentos registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, exclusivamente quando administrados em unidade de saúde e solicitados pelo médico assistente;
- IV. Consultas / sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e fisioterapeuta, solicitadas pelo médico assistente, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, quando for o caso;
- V. Consultas / sessões de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da

ANS e vigentes à época do evento, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

- VI. Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, solicitados pelo médico assistente, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta;
- VII. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- VIII. Quimioterapia oncológica ambulatorial: baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde;
- IX. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- X. Procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;
- XI. Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e



Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento para a segmentação ambulatorial;

- XII. Hemoterapia ambulatorial;
  
- XIII. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, e observando os critérios descritos nas Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

XIII 1.) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0DC com a refração medida através de cilindro negativo;

XIII 2.) hipermetropia até grau 6,0DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

## **Seção II - Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia**

**Art. 19.** A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

- I. Internações hospitalares de todas as modalidades, em número ilimitado de dias, solicitados pelo médico assistente;
  
- II. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular, e alimentação;
  
- III. Atendimento por outros profissionais de saúde, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou cirurgião dentista assistente, obedecidos os seguintes critérios:
  - III. 1) O atendimento deverá ocorrer dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos Conselhos Profissionais; e,

- III. 2) No caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes deverão constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, respeitando-se a segmentação hospitalar;
- IV. Exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, indispensáveis para o controle da evolução do quadro clínico do **BENEFICIÁRIO** 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;
- V. Remoção do paciente, nas hipóteses previstas na regulamentação vigente;
- VI. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do **BENEFICIÁRIO** menor de 18 anos, **BENEFICIÁRIO** com idade igual ou superior a 60 anos ou **BENEFICIÁRIO** portador de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- VII. Órteses e próteses, registradas na ANVISA, ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento;
- VII. 1) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- VII. 2) O profissional solicitante deverá justificar clinicamente a sua indicação, quando solicitado, e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, ficando a escolha a critério da **OPERADORA**;
- VII. 3) Em caso de divergência entre o profissional requisitante e a **OPERADORA**, a decisão caberá a um profissional escolhido de

comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela **OPERADORA**;

VII. 4) o profissional requisitante pode recusar até 03 (três) nomes indicados pela **OPERADORA** para composição da junta médica;

VIII. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX. 1) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) O cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao **BENEFICIÁRIO**, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

b) Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura hospitalar;

- X. Procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
  - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
  - c) Medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
  - d) Radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
  - e) Hemoterapia;
  - f) Nutrição parenteral ou enteral;
  - g) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - h) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - i) Radiologia intervencionista;
  - j) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - k) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
- XI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XII. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

- XIII. Transplantes, desde que listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, e procedimentos a ele vinculados, respeitadas as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, incluindo as despesas necessárias à sua realização, no que couber:
- a) Despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do **BENEFICIÁRIO** receptor;
  - b) Medicamentos utilizados durante a internação;
  - c) Acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia), mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
  - d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- XIII. 1) Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, estarão submetidos à legislação específica vigente;
- a) 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;
  - b) As entidades privadas e equipes especializadas deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe sobre a forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT;
  - c) São competências privativas das CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor;
- XIV. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério;

- XV. Acomodação, alimentação e paramentação, conforme legislação vigente e limitadas àquelas fornecidas pelo hospital, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (nos termos da regulamentação vigente), salvo intercorrências, a critério do médico assistente e/ou da equipe do hospital ou no caso de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- XVI. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do **BENEFICIÁRIO**, ou de seu Dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, desde que o **BENEFICIÁRIO** (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 180 (cento e oitenta) dias.

**Art. 20.** Na atenção prestada aos portadores de transtornos mentais serão observados:

- I. O atendimento ambulatorial e em consultórios será priorizado, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico quando houver indicação do médico assistente;
- II. Haverá cobertura para os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;
- III. Haverá cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao **BENEFICIÁRIO** a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- IV. Nos casos de internação decorrente de transtornos psiquiátricos, haverá coparticipação de 50% (cinquenta por cento), incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, por ano de adesão do **BENEFICIÁRIO**.

**Art. 21.** O presente Regulamento garante, ainda:

- I. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, observadas, ainda, as Diretrizes de Utilização (DUT) previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor à época do evento;
- II. Eventos e procedimentos relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesista, caso haja indicação clínica;
- III. Insumos necessários para realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica;
- IV. Taxas, materiais, contrastes e medicamentos, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- V. Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando assim especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- VI. Remoção e/ou retirada de órteses, próteses ou outros materiais cuja colocação, inserção e/ou fixação esteja contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

### **Seção III - Da Cobertura Odontológica**

**Art. 22.** O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-

dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Regulamento, conforme relação a seguir:

- I. Procedimentos de **DIAGNÓSTICO**:
  - a) Consulta Odontológica inicial;
  - b) Condicionamento em odontologia;
  - c) Teste de fluxo salivar;
  - d) Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
  - e) Teste de PH salivar (acidez salivar).
  
- II. Procedimentos de **RADIOLOGIA**:
  - a) Radiografia periapical;
  - b) Radiografia interproximal - bite-wing;
  - c) Radiografia oclusal;
  - d) Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).
  
- III. Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:
  - a) Atividade Educativa em saúde bucal;
  - b) Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
  - c) Aplicação Tópica de Flúor;
  - d) Profilaxia – polimento coronário;
  - e) Aplicação de selante;
  - f) Dessensibilização dentária;
  - g) Remineralização dentária.
  
- IV. Procedimentos de **DENTÍSTICA**:
  - a) Aplicação de carióstático;
  - b) Adequação do meio bucal;
  - c) Restauração em amálgama;



- d) Faceta direta em resina fotopolimerizável;
  - e) Restauração resina fotopolimerizável;
  - f) Núcleo de preenchimento;
  - g) Ajuste oclusal;
  - h) Restauração em ionômero de vidro;
  - i) Restauração temporária /tratamento expectante;
  - j) Tratamento restaurador atraumático;
  - k) Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).
- V. Procedimentos de **PERIODONTIA**:
- a) Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
  - b) Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
  - c) Imobilização dentária;
  - d) Gengivectomia/gengivoplastia;
  - e) Aumento de coroa clínica;
  - f) Cunha proximal;
  - g) Cirurgia periodontal a retalho;
  - h) Tratamento de abscesso periodontal;
  - i) Enxerto gengival livre;
  - j) Enxerto pediculado.
- VI. Procedimentos de **ENDODONTIA**:
- a) Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
  - b) Pulpotomia;
  - c) Remoção de corpo estranho intracanal;
  - d) Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
  - e) Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
  - f) Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
  - g) Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
  - h) Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
  - i) Remoção de núcleo intra-canal;
  - j) Remoção de peça/trabalho protético.
- VII. Procedimentos de **CIRURGIA**:
- a) Alveoloplastia;
  - b) Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
  - c) Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);

- d) Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- e) Cirurgia para tórus/exostose;
- f) Exérese ou Excisão de mucocele, rândula ou cálculo salivar;
- g) Exodontia a retalho;
- h) Exodontia de raiz residual;
- i) Exodontia simples de permanente;
- j) Exodontia simples de decíduo;
- k) Redução de fratura alvéolo dentária;
- l) Frenotomia/Frenectomia labial;
- m) Frenotomia/Frenectomia lingual;
- n) Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- o) Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- p) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos-cartilaginosos na mandíbula/maxila;
- q) Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- r) Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- s) Ulectomia/Ulotomia;
- t) Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- u) Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- v) Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- w) Aprofundamento/ aumento de vestíbulo;
- x) Bridectomia/ bridotomia;
- y) Odonto-secção;
- z) Redução de luxação da ATM;
- aa)Tunelização.

VIII. Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:

- a) Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- b) Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- c) Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;

- d) Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
- e) Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética;
- f) Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética.

**Parágrafo Único.** A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessário estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

## **CAPÍTULO VI - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**Art. 23.** Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento e os provenientes de:

- I. Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da **OPERADORA** sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência da adesão do **BENEFICIÁRIO** ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições estabelecidas no presente Regulamento;
- III. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aquele que é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aquele que não possui indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- IV. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam

restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

- V. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- VI. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- VII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VIII. Transplantes, à exceção dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
- IX. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ou seja, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, dos medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e das coberturas adicionais previstas neste instrumento;
- X. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
- XI. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro,

- órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- XII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico e odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
  - XIII. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
  - XIV. Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
  - XV. Serviços de enfermagem, em caráter particular sejam em regime hospitalar ou domiciliar;
  - XVI. Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
  - XVII. Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;
  - XVIII. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
  - XIX. Aparelhos ortopédicos;
  - XX. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
  - XXI. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do plano;
  - XXII. Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do **BENEFICIÁRIO**, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou portadores de necessidades especiais, nos termos definidos neste Regulamento;
  - XXIII. Acomodação, alimentação e paramentação relativas a um acompanhante, ressalvada a relativa ao indicado pela mulher durante o pré-parto, parto, e pós-parto imediato, nos termos definidos neste Regulamento;
  - XXIV. Despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
  - XXV. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;

- XXVI. Avaliação pedagógica;
- XXVII. Orientações vocacionais;
- XXVIII. Psicoterapia com objetivos profissionais;
- XXIX. Consulta, tratamento ou outro procedimento concernente a especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXX. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XXXI. Cirurgia para mudança de sexo;
- XXXII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXIII. Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXIV. Tratamentos ortodônticos;
- XXXV. Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XXXVI. Enxertos ósseos e biomateriais;
- XXXVII. Próteses metalocerâmicas e de porcelana;
- XXXVIII. Restaurações utilizando porcelana;
- XXXIX. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XL. Serviços com porcelanas ou metais nobres;
- XLI. Clareamento dentário;
- XLII. Implantes dentários, ressalvados aqueles eventualmente cobertos no rol de procedimentos da ANS;
- XLIII. Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

## **CAPÍTULO VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**Art. 24.** Entende-se por carência o período durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito às coberturas oferecidas pelo **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**. Os serviços previstos neste instrumento serão prestados ao **BENEFICIÁRIO** após o

cumprimento das carências a seguir especificadas, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12 da Lei nº 9.656/1998:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, observadas as regras estabelecidas neste Regulamento;
- II. 90 (noventa) dias para qualquer cobertura ambulatorial;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para internações;
- IV. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

**§1º.** O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do **BENEFICIÁRIO** ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

**§2º.** O **BENEFICIÁRIO** estará isento do cumprimento dos períodos de carência quando solicitar a sua admissão no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data em que se tornar elegível ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

**§3º.** Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no parágrafo anterior, exemplificativamente, a data da perda do vínculo empregatício do Titular por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria para a admissão do Titular e seus Dependentes, a data de falecimento do Titular para a admissão dos Pensionistas, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outras.

**§4º.** Ultrapassados os prazos de inclusão de que trata este Regulamento, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

## **CAPÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

**Art. 25.** Doenças ou lesões preexistentes são aquelas que o **BENEFICIÁRIO** ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento.

**Art. 26.** No momento da adesão ao presente instrumento, o **BENEFICIÁRIO** deverá preencher a Declaração de Saúde, no qual manifestará o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente Regulamento, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão unilateral do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**,

conforme disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

§1º. Juntamente com o Formulário de Declaração de Saúde, será entregue a Carta de Orientação ao **BENEFICIÁRIO**.

§2º. O **BENEFICIÁRIO** tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela **OPERADORA**, sem qualquer ônus para o **BENEFICIÁRIO**.

§3º. Caso o **BENEFICIÁRIO** opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **OPERADORA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§4º. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o **BENEFICIÁRIO** para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o **BENEFICIÁRIO** saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§5º. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no **BENEFICIÁRIO** pela **OPERADORA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

**Art. 27.** Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do **BENEFICIÁRIO**, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **OPERADORA** oferecerá a cobertura parcial temporária.

**Parágrafo Único.** A cobertura parcial temporária consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões preexistentes.



**Art. 28.** A confirmação da doença ou lesão preexistente se fará com base nos princípios técnicos, normativos e éticos que regem um diagnóstico em medicina, em especial pela existência de antecedentes médicos ou hospitalares, sintomas, sinais ou alterações perceptíveis em seu estado de saúde, ou, ainda, por exames diagnósticos comprobatórios.

**Parágrafo Único.** As doenças ou lesões preexistentes poderão ser identificadas pela **OPERADORA** por todos os meios de verificação que se aceitem como prova, inclusive prontuários médico-hospitalares, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais e/ou através de exames médicos de avaliação exigidos pela **OPERADORA** para definição dos eventos que terão Cobertura Parcial Temporária.

**Art. 29.** Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), bem como está disponível para consulta e cópia nas dependências da **OPERADORA**.

**Art. 30.** Exercendo prerrogativa legal, a **OPERADORA** não optará pelo fornecimento do Agravado.

**Art. 31.** Identificado indício de fraude por parte do **BENEFICIÁRIO**, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **OPERADORA** deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao **BENEFICIÁRIO** através de Termo de Comunicação ao **BENEFICIÁRIO** e poderá oferecer a opção de cobertura parcial temporária ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do **BENEFICIÁRIO** à Cobertura Parcial Temporária.

**§1º.** Instaurado o processo administrativo na ANS, à **OPERADORA** caberá o ônus da prova.

**§2º.** A **OPERADORA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do **BENEFICIÁRIO** sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

**§3º.** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§4º. Se solicitado pela ANS, o **BENEFICIÁRIO** deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§5º. Após julgamento, e acolhida a alegação da **OPERADORA** pela ANS, o **BENEFICIÁRIO** passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela **OPERADORA**, bem como será excluído do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

§6º. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou exclusão unilateral do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

**Art. 32** – O presente Capítulo não vigorará caso o **BENEFICIÁRIO** solicite a sua admissão no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que se tornar elegível ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

**Parágrafo Único.** Entende-se por data de elegibilidade, para fins do disposto no parágrafo anterior, exemplificativamente, a data da perda do vínculo empregatício do Titular por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria para a admissão do Titular e seus Dependentes, a data de falecimento do Titular para a admissão dos Pensionistas, a data do casamento para inscrição do cônjuge, a data do nascimento para a inscrição de filho recém-nascido, dentre outras.

## **CAPÍTULO IX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

### **Seção I - Do Atendimento**

**Art. 33.** Considera-se:

- I. Atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação;

- II. Atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- III. Atendimento de urgência/emergência odontológico:
  - a) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
  - b) Tratamento de odontalgia aguda;
  - c) Imobilização dentária temporária;
  - d) Recimentação de peça/trabalho protético;
  - e) Tratamento de alveolite;
  - f) Colagem de fragmentos dentários;
  - g) Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
  - h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

**Art. 34.** Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, observando-se que:

- I. Para os atendimentos de urgência decorrentes de acidentes pessoais, o atendimento ocorrerá sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do **BENEFICIÁRIO** ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**;
- II. Depois de cumprida a carência para internação, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;
- III. Durante o cumprimento do período de carência para internação, serão garantidos os atendimentos de emergência, limitados as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação;
- IV. Depois de cumprida a carência de 180 (cento e oitenta) dias, haverá cobertura dos atendimentos de urgência decorrentes de complicações no processo gestacional, desde a admissão até a alta,

ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções;

- V. Durante o cumprimento do período de carência de 180 (cento e oitenta) dias, serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

**Parágrafo Único.** Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, haverá atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação.

## **Seção II - Da Remoção**

**Art. 35.** Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o hospital de destino), observando a regulamentação da ANS em vigor.

**§1º.** Haverá remoção para unidade de atendimento da rede do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.

**§2º.** Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do **BENEFICIÁRIO** estar cumprindo período de carência para internação.

**§3º.** Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

**Art. 36.** Na remoção para uma unidade do SUS serão observadas as seguintes regras:

- I. Quando não possa haver remoção por risco de vida, o **BENEFICIÁRIO** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **OPERADORA**, desse ônus;
- II. 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;
- III. Na remoção, a **OPERADORA** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II, a **OPERADORA** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

## CAPÍTULO X - DO REEMBOLSO

**Art. 37.** Será assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste Regulamento, das despesas efetuadas pelo **BENEFICIÁRIO** com a assistência à saúde prevista no presente instrumento, em função de:

- I. Atendimentos prestados dentro da área de abrangência e atuação do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, quando o **BENEFICIÁRIO** for atendido fora da rede credenciada da **OPERADORA**, nos casos de urgência ou de emergência;
- II. Atendimentos eletivos prestados dentro da área de abrangência do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, quando o **BENEFICIÁRIO** for atendido fora da rede credenciada da **OPERADORA**.

**§1º.** Fica expressamente excluído o direito ao reembolso para:

- I. Atendimentos e procedimentos realizados fora da área de abrangência e atuação do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**;
- II. Atendimentos e procedimentos não listados no item anterior.

§2º. Não haverá reembolso de despesas de serviços prestados pela Rede Credenciada da **OPERADORA**, cujos custos serão pagos por esta diretamente ao prestador, conforme condições contratadas.

§3º. O reembolso dos serviços prestados dentro da área de abrangência será pago de acordo com o valor da Tabela de Referência da **OPERADORA** vigente na data do atendimento ao **BENEFICIÁRIO**, que não será inferior ao valor praticado pela **OPERADORA** junto à rede de prestadores deste **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

§4º. Quando o **BENEFICIÁRIO** fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também serão descontados os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso.

§5º. A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

§6º. Em caso de reembolso parcial, a diferença de valores será declarada pela **OPERADORA** no Informe de Pagamento para o Imposto de Renda.

§7º. Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciadas.

§8º. Os reembolsos somente serão processados após o recebimento documentado por escrito e protocolado pela **OPERADORA** de toda a documentação referente ao procedimento realizado, assim entendido os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

§9º. O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da **OPERADORA**, no prazo máximo de 12 (doze) meses após a realização do procedimento, acompanhado da documentação probatória, exclusivamente vias originais, datadas, que deverão obedecer aos seguintes requisitos:

- I. Se pessoa física:
  - a) Ser emitida pelo profissional contendo seu nome completo; seu número do registro no respectivo Conselho Regional; seu CPF; seu

carimbo e seu número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda;

- II. Se pessoa jurídica:
  - a) Ser emitida através de DANFE, contendo a razão social e o número de registro no CNPJ.
- III. Em ambos os casos, a documentação não poderá estar rasurada e deverá conter:
  - a) Nome completo do **BENEFICIÁRIO** atendido;
  - b) Descrição dos atendimentos realizados, inclusive com quantidades;
  - c) Laudo do profissional que assistiu o **BENEFICIÁRIO**;
  - d) Expressão numérica e por extenso do valor dos procedimentos;
  - e) Data e assinatura do profissional.

**§10.** Nas contas hospitalares, deverão ser discriminados: códigos, descrições e quantidades das taxas, diárias, exames, medicamentos, materiais, gases, honorários profissionais e demais recursos terapêuticos, bem como seus respectivos valores unitários.

**§11.** Para reembolso de qualquer tratamento odontológico, independentemente do valor, deverá ser apresentado laudo pericial inicial e final, os quais deverão ser emitidos obrigatoriamente pelo mesmo profissional que realizou o atendimento.

**§12.** A **OPERADORA** poderá solicitar outros documentos que entender necessários para efeito do reembolso.

**§13.** Os pedidos de reembolso serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega correta da documentação exigida, de acordo com o cronograma de pagamento de reembolso estabelecido pela **OPERADORA**.

**§14.** O reembolso será feito através de depósito na conta corrente do **BENEFICIÁRIO** Titular.

**§15.** Eventuais créditos a serem recebidos pelo **BENEFICIÁRIO** serão compensados com débitos para o **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

§16. A Tabela de Referência da **OPERADORA** está registrada no Cartório Marcelo Ribas 1º Ofício de Registro Civil, Casamentos, Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos, estando também disponível na sede e no site da **OPERADORA**. ([www.faceb.com.br](http://www.faceb.com.br)). Sempre que houver alteração na referida tabela (conforme negociações com os prestadores, considerando que seu valor não poderá ser inferior ao praticado com a rede), será novamente registrada.

§17. Os esclarecimentos a respeito da Tabela de Referência podem ser obtidos nos Postos de Atendimento da **OPERADORA**.

§18. Caso ocorra o óbito do **BENEFICIÁRIO**, o reembolso será realizado ao inventariante no transcurso do procedimento de inventário ou por meio de alvará, caso aquele esteja concluído, ou ainda poderá ser realizado à pessoa que comprovadamente efetuou o pagamento das despesas.

## CAPÍTULO XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

### Seção I - Cartão de Identificação

**Art. 38.** A **OPERADORA** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos o Cartão de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Regulamento.

§1º. O Cartão de Identificação é de uso pessoal e intransferível.

§2º. Ocorrendo perda, extravio, roubo ou furto do Cartão de Identificação, o **BENEFICIÁRIO** deverá comunicar o fato à **OPERADORA** para bloqueio da utilização dele, sob pena do **BENEFICIÁRIO** Titular responder pelas despesas indevidamente realizadas.

§3º. O **BENEFICIÁRIO** que admitir a utilização de seu Cartão de Identificação por terceiros será advertido e punido com a suspensão por 180 (cento e oitenta dias) do direito de utilizar o **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, além de sujeitar o **BENEFICIÁRIO** Titular ao pagamento dos valores integrais indevidamente utilizados, acrescidos de juros de 2% a.m (dois por cento ao mês) e multa de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês) do valor do atendimento.



§4º. O **BENEFICIÁRIO** reincidir na utilização de seu Cartão de Identificação por terceiros será excluído do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

§5º. No caso de emissão de segunda via do cartão, a pedido do **BENEFICIÁRIO**, será cobrada uma taxa de serviço.

§6º. A prática de irregularidades para obtenção ou utilização de serviços sujeita o **BENEFICIÁRIO**, além do previsto neste artigo, às sanções civis e penais correspondentes.

§7º. Em qualquer caso, havendo exclusão do **BENEFICIÁRIO** do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, o **BENEFICIÁRIO** Titular deverá imediatamente providenciar a devolução do Cartão de Identificação do **BENEFICIÁRIO** excluído, respondendo pelas consequências da não devolução, inclusive quanto à utilização indevida do plano.

## Seção II - Padrão de Acomodação

**Art. 39.** As internações hospitalares ocorrerão em acomodação individual, conhecida como apartamento.

**Parágrafo Único.** Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados pela **OPERADORA**, na acomodação em que o **BENEFICIÁRIO** 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.

## Seção III - Serviços Próprios e Rede Credenciada

**Art. 40.** O **BENEFICIÁRIO** poderá utilizar dos médicos ou instituições relacionados na rede de serviços da **OPERADORA** exclusivamente para o atendimento decorrente de riscos cobertos.

§1º. A rede de serviços da **FACEB** é composta de prestadores de serviços (Hospitais, Clínicas, Laboratórios, Consultórios etc.) contratados diretamente pela **FACEB** ou integrantes da rede assistencial das Operadoras que firmarem Convênio de Reciprocidade com a **FACEB** para atendimento dentro da área

de abrangência e atuação do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, ressalvado o Distrito Federal.

§2º. Ao utilizar a rede credenciada da **OPERADORA**, o **BENEFICIÁRIO** não fará qualquer desembolso, cabendo à **OPERADORA** efetuar o pagamento diretamente ao credenciado em nome e por conta do **BENEFICIÁRIO**.

§3º. Será diretamente efetuado ao credenciado o pagamento das despesas cobertas pelo plano de saúde, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o **BENEFICIÁRIO**, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identidade, junto com o cartão da operadora do plano de saúde.

§4º. Nos casos de ausência, inexistência ou indisponibilidade de prestador na localidade demandada pelo **BENEFICIÁRIO**, será permitido à **OPERADORA** o direcionamento ao prestador por ela indicado, para fins de cumprimento dos prazos de atendimento previstos nos normativos emanados pela ANS, bem como poderá a **OPERADORA** garantir o atendimento de urgência e emergência por meio de reembolso, nos termos, preços e condições previstos neste Regulamento.

**Art. 41. O GUIA DA REDE**, contendo a relação de prestadores de serviços assistenciais à saúde próprios e credenciados pela **OPERADORA**, é constantemente atualizado em seu portal na Internet ([www.faceb.com.br](http://www.faceb.com.br)) ficando permanentemente à disposição dos **BENEFICIÁRIOS**, tanto para consulta como para impressão. **O GUIA DA REDE** fica ainda a disposição dos **BENEFICIÁRIOS** na sede da **OPERADORA** e em seus serviços de atendimento ao **BENEFICIÁRIO**. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **OPERADORA** na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

§1º. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, respeitadas as normas editadas pela ANS. No que se refere à alteração da rede hospitalar, serão observadas as regras abaixo previstas:

- I. É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra 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;

- II. Na hipótese de a substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da **OPERADORA** durante período de internação de algum **BENEFICIÁRIO**, 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;
- III. No caso de redução de entidade hospitalar, é necessária autorização prévia da **ANS**.

**§2º.** Novos credenciamentos serão analisados pela equipe técnica da **OPERADORA**, a qual emitirá parecer técnico e justificativa da relação custo/benefício, e submetidas à aprovação da Diretoria Executiva obedecidos os prazos legais.

#### **Seção IV - Autorizações Prévias**

**Art. 42.** Para utilizar os procedimentos previstos neste Regulamento, à exceção dos casos de urgência e emergência e das consultas, o **BENEFICIÁRIO** deve providenciar a autorização prévia, que pode ser obtida na sede da **OPERADORA** ou pelos meios eletrônicos disponíveis.

**§1º.** Para emissão da Autorização Prévia, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar o pedido original do médico assistente em que conste o nome completo do **BENEFICIÁRIO**, a identificação do médico solicitante, o local, o diagnóstico ou CID correspondente, se a legislação assim permitir, tratamento proposto, código correspondente da tabela (se prestador integrante da rede da **OPERADORA**), duração provável e justificativa clínica do tratamento proposto.

**§2º.** As autorizações para a realização dos procedimentos previstos neste Regulamento terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

§3º. Após o vencimento deste prazo, as autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas pela **OPERADORA**.

§4º. A **OPERADORA** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, solicitar perícias médicas, sindicâncias e averiguações que entender necessárias, para autorização do procedimento.

§5º. Nos casos em que se fizer necessária a concessão de autorização prévia, será garantida ao **BENEFICIÁRIO** a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação.

§6º. A autorização será concedida em prazo compatível que viabilize a realização do procedimento dentro dos prazos de atendimento estabelecidos pela regulamentação em vigor.

§7º. Em caso de divergência técnica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta técnica para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo **BENEFICIÁRIO**, por profissional da **OPERADORA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **OPERADORA**. Caso o profissional eleito pelo **BENEFICIÁRIO** não seja credenciado da **OPERADORA**, seus honorários ficarão sob a responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

§8º. Os requisitos e procedimentos para instauração da junta prevista no parágrafo anterior serão conforme disposto na regulamentação vigente.

§9º. As coberturas previstas neste Regulamento podem ser solicitadas pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, dentro das suas competências, independentemente de pertencerem à rede credenciada da **OPERADORA**.

**Art. 43.** Nos casos de internação eletiva, o **BENEFICIÁRIO** deverá dirigir à rede credenciada, conveniada à **OPERADORA**, devendo apresentar o pedido de internação emitido pelo médico assistente, justificando suas razões, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a época do início da doença e a duração prevista da internação, quando então a **OPERADORA** emitirá uma guia de autorização, com prazo previamente estabelecido.

**Parágrafo Único.** Para os casos de procedimentos que requeiram perícia médica, a **OPERADORA** terá o direito de solicitar, a qualquer tempo, a presença do **BENEFICIÁRIO**.

**Art. 44.** Nos casos de comprovada urgência ou emergência, o **BENEFICIÁRIO**, ou quem por ele responda, terá o prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data do atendimento, para providenciar a autorização de que trata este Regulamento, sob pena do atendimento ser considerado particular pelo prestador e o plano não se responsabilizar por quaisquer despesas.

**Art. 45.** A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feita de forma a atender às necessidades dos **BENEFICIÁRIOS**, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 05 (cinco) anos de idade.

#### Seção V - Coparticipação

**Art. 46.** Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo **BENEFICIÁRIO** Titular à **OPERADORA**, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

**Art. 47.** Além da contribuição mensal devida pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, será cobrada coparticipação na utilização pelos **BENEFICIÁRIOS** dos serviços cobertos pelo **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, conforme previsto no **Plano de Custeio** estabelecido no Anexo I deste Regulamento.

**Parágrafo Único.** O **BENEFICIÁRIO** é responsável pelo pagamento das coparticipações ainda que a cobrança venha a ser efetivada após a sua exclusão do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, considerando o lapso temporal existente entre a data do atendimento e a cobrança pelo prestador.

#### CAPÍTULO XII - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

**Art. 48.** O **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** será custeado em regime de preço "pré-estabelecido", nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**Art. 49.** O **BENEFICIÁRIO** Titular/Pensionista deverá pagar à **OPERADORA** uma contraprestação pecuniária mensal, por si e por seus Dependentes, definida em função da faixa etária em que se enquadrarem, bem como os valores de coparticipação em decorrência da utilização dos serviços cobertos pelo **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, na forma deste Regulamento e valores estabelecidos no **Plano de Custeio**, anexo a este instrumento.

**Art. 50.** As contribuições e as coparticipações a cargo dos **BENEFICIÁRIOS** Titulares, por si e seus Dependentes, definidas no **Plano de Custeio**, serão descontadas em folha de pagamento de benefícios dos **BENEFICIÁRIOS** Titulares pela **CONVENENTE**, ou por cobrança bancária, caso não seja possível o desconto em folha de pagamento de benefício.

**§1º.** Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito em atraso.

**§2º.** A **OPERADORA** se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras, inscrição do devedor em órgãos de proteção ao crédito e compensação dos débitos em face de eventuais valores de reembolso a que fizer jus o **BENEFICIÁRIO**.

### CAPÍTULO XIII - REAJUSTE

**Art. 51.** Os valores das contribuições mensais e das coparticipações serão reajustados no mês de **março** de cada ano, pelo **INPC/IBGE**, ou outro índice oficial que vier a substituí-lo.

**Art. 52.** O custeio será revisto anualmente no momento da aplicação do reajuste financeiro e aprovado pelo **Conselho Deliberativo da OPERADORA** que fixará as coparticipações e tabelas de contribuição que irão vigorar para os próximos 12 (doze) meses, com base nos cálculos atuariais apresentados, que irão considerar, dentre outras, as seguintes distorções:

- I. Aumento imprevisível na frequência de utilização dos serviços;
- II. Aumento imprevisível dos custos assistenciais, superiores às correções normalmente praticadas sobre as contribuições do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**; e,

III. Alteração sensível na composição do grupo inscrito no **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**.

§1º. A carteira de planos de saúde exclusivos para demitidos sem justa causa e aposentados da **OPERADORA** será tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste, de acordo com o estabelecido na regulamentação da ANS.

§2º. Os percentuais de reajuste e revisão aplicados ao **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** deverão ser comunicados à ANS, sendo divulgado no portal da **OPERADORA** no prazo e forma estabelecidos na regulamentação da ANS em vigor.

§3º. Independentemente da data de adesão do **BENEFICIÁRIO**, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral, no momento da aplicação do reajuste financeiro e revisão do **Plano de Custeio**, entendendo esta como data base única.

§4º. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente Regulamento.

§5º. Além da modalidade de reajuste prevista neste Capítulo, devem-se observar as regras de reajuste por faixa etária previstas neste Regulamento, que ocorrem no mês subsequente ao aniversário do **BENEFICIÁRIO**.

## CAPÍTULO XIV – FAIXAS ETÁRIAS

**Art. 53.** As contribuições mensais relativas aos **BENEFICIÁRIOS** previstas no **Plano de Custeio** constante do anexo deste instrumento foram fixadas em função da idade do **BENEFICIÁRIO** inscrito, conforme percentuais de reajuste.

**§1º.** Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados, observadas as seguintes condições:

- a) O valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- b) A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas;
- c) As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

**§2º.** Quando a alteração da idade importa em deslocamento para a faixa superior, as contribuições mensais serão alteradas, automaticamente, no mês subsequente ao do aniversário do **BENEFICIÁRIO**, pelo percentual de reajuste estabelecido para a faixa etária subsequente.

**§3º.** Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

**§4º.** Em decorrência da aplicação do disposto no Estatuto do Idoso - Lei 10.471/03, em específico no seu art. 3º, não será aplicado reajuste por faixa etária ao **BENEFICIÁRIO** com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, permanecendo apenas as demais regras de reajuste previstas neste Regulamento.

## CAPÍTULO XV - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E GERAIS

**Art. 54.** A composição e as atribuições dos órgãos da Administração da **OPERADORA** estão dispostas no seu Estatuto, devendo ser observadas para o disposto neste Regulamento.



**§1º.** O Conselho Deliberativo baixará Atos Normativos Complementares à execução deste Regulamento, que serão divulgados pela **OPERADORA**.

**§2º.** Os termos de credenciamento e de convênio também fornecerão informações complementares a este Regulamento.

**§3º.** Os Convênios de Adesão celebrados com **os CONVENENTES** integram este Regulamento, nos termos da regulamentação da ANS.

**Art. 55.** Este Regulamento foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique necessária modificação do que aqui foi avençado, estará sujeito a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos no seu **Plano de Custeio**, observada a legislação em vigor.

**§1º.** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

**§2º.** A **OPERADORA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa ao disposto neste Regulamento.

**§3º.** Nenhuma responsabilidade caberá à **OPERADORA** por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem dano à saúde do Titular ou de seus Dependentes, provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares de livre escolha do **BENEFICIÁRIO**.

**§4º.** O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à inteira disposição do **BENEFICIÁRIO** nos Postos de Atendimento da **OPERADORA**, para consulta e cópia, podendo ser acessado no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

**Art. 56.** O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação pela Diretoria Colegiada das Convenentes e pelo **Conselho Deliberativo da OPERADORA**.

**Art. 57.** O encerramento da operação do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** pela **OPERADORA** se dará de acordo com seu Estatuto Social, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

**Art. 58.** Fica eleito o foro de Brasília-DF para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

## ANEXO I – PLANO DE CUSTEIO DO PLANO FACEB SAÚDE VIDA

O anexo I do regulamento dispõe acerca do **Plano de Custeio** do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, destinado aos ex-empregados demitidos sem justa causa, pedidos de demissão ou aposentados, extensivo a seus Dependentes, que optarem pelo direito de manutenção após a perda do vínculo empregatício, nos termos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

Considerando o disposto no Regulamento do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, fica instituído o presente **Plano de Custeio**, com as regras e valores de contribuições mensais a cargo dos **BENEFICIÁRIOS** titulares, por si e seus dependentes.

**Art. 1º.** O **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** será custeado em regime de preço “pré-estabelecido”, nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

**Art. 2º.** O **Plano de Custeio** do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, obedecidas as normas legais, regulamentares e estatutárias aplicáveis, deverá considerar os resultados das avaliações atuariais e as seguintes fontes de receita:

- I. Contribuições mensais dos Titular/Pensionista, em virtude de sua inscrição e da inscrição de seus Dependentes;
- II. Coparticipação dos **BENEFICIÁRIOS**;
- III. Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias, não onerosos para a **OPERADORA**.

**Art. 3º.** A participação dos **BENEFICIÁRIOS** no custeio do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA** ocorrerá mediante o pagamento de uma contribuição mensal, definida em função das faixas etárias em que o **BENEFICIÁRIO** se enquadrar, conforme tabela a seguir, referenciada a abril de 2021:

Faixa Etária	Contribuição
0 - 18	261,35
19 - 23	392,03
24 - 28	561,90
29 - 33	588,04
34 - 38	601,09
39 - 43	627,24
44 - 48	653,37
49 - 53	914,71
54 - 58	1.176,06
59 +	1.562,86

**Parágrafo Único.** O valor da contribuição mensal corresponderá ao somatório das contribuições individuais do **BENEFICIÁRIO** titular e de seus dependentes.

**Art. 4º.** Além da contribuição definida no artigo 3º deste **Plano de Custeio**, os **BENEFICIÁRIOS** do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, titulares/pensionistas e dependentes, estarão sujeitos à coparticipação nos custos dos procedimentos utilizados, conforme valores definidos nos parágrafos deste artigo:

**§1º.** Coparticipação em Procedimentos Ambulatoriais e Odontológicos: 30% (trinta por cento), com exceção dos tratamentos de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise cuja coparticipação será de 1% (um por cento).

**§2º.** Coparticipação em Procedimentos Hospitalares conforme tabela a seguir:

Valor do Procedimento	Valor da coparticipação
R\$ 60,00 a R\$ 500,00	R\$ 50,00
R\$ 500,01 a R\$ 1.000,00	R\$ 120,00
R\$ 1.000,01 a R\$ 2.000,00	R\$ 240,00
R\$ 2.000,01 a R\$ 3.000,00	R\$ 360,00
R\$ 3.000,01 a R\$ 4.000,00	R\$ 480,00
R\$ 4.000,01 a R\$ 5.000,00	R\$ 600,00
R\$ 5.000,01 a R\$ 7.500,00	R\$ 900,00
R\$ 7.500,01 a R\$ 10.000,00	R\$ 1.200,00
R\$ 10.000,01 a R\$ 15.000,00	R\$ 1.800,00
R\$ 15.000,01 a R\$ 20.000,00	R\$ 2.400,00
R\$ 20.000,01 a R\$ 30.000,00	R\$ 3.600,00
R\$ 30.000,01 a R\$ 40.000,00	R\$ 4.800,00
R\$ 40.000,01 a R\$ 59.999,99	R\$ 6.000,00
Acima de R\$ 60.000,00	R\$ 7.000,00

**Art. 5º.** O reajuste dos valores constantes da tabela de contribuições fixada no art. 3º, bem como as coparticipações, fixadas no art. 4º deste **Plano de Custeio** será realizado anualmente pela variação positiva acumulada do INPC, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 02 (dois) meses, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

**§1º.** Caso a avaliação atuarial do **PLANO FACEB SAÚDE VIDA**, aponte para essa necessidade, poderá ser aplicado um reajuste superior ao índice indicado no caput deste artigo, para se reestabelecer o equilíbrio financeiro-actuarial do plano, após a devida aprovação dos órgãos responsáveis pela sua gestão.

**§2º.** Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre o presente **Plano de Custeio**.

**Art. 6º.** Casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da **OPERADORA**.

**Art. 7º.** Este **Plano de Custeio** entrará em vigor em **01/06/2021**.