

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

1. DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: SINDIFISCO NACIONAL – SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Nome Fantasia: Unafisco Saúde

CNPJ: 03.657.699/0001-55

Registro da operadora na ANS: 36101-1

Classificação ANS: Autogestão sem mantenedor

Endereço completo: SDS, Conjunto Baracat, 1º andar, salas 1/11, CEP 70.392-900, Asa Sul, na cidade de Brasília, Distrito Federal.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PRODUTO

Nome comercial: Unafisco Saúde Platinum

Nº de registro do plano na ANS: 487705205

Tipo de contratação: Coletivo por adesão

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológica

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: Nacional

Área de atuação do plano de saúde: Em todo o território brasileiro

Padrão de acomodação em internação: Apartamento (Individual)

Formação do preço: Prestabelecido

Serviços e coberturas adicionais: Ortodontia

Livre Escolha: Sim.

Vínculo do beneficiário: Sem vínculo empregatício

Plano opera com coparticipação: Não

3. ATRIBUTOS DO CONTRATO

Trata-se da prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/1998, visando a assistência médico-hospitalar e odontológica com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID-10, da Organização Mundial da Saúde, e

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, observado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento.

4. NATUREZA JURÍDICA

Trata-se de regulamento que traça as diretrizes do plano coletivo de assistência à saúde, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil).

5. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

5.1 – Por se tratar de plano sob o regime de contratação coletiva por inscrição, a cobertura oferecida se destina aos filiados do SINDIFISCO NACIONAL – SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, na forma como dispõe o art. 9º, III, c/c art. 28 da Resolução Normativa ANS nº 195/2009 e posteriores atualizações.

5.2 – Podem ser **beneficiários titulares** do Plano:

5.2.1 – Os Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil, ativos e inativos (aposentados), na condição de filiados efetivos do SINDIFISCO NACIONAL;

5.2.2 – Os beneficiários pensionistas, na condição de filiados contribuintes do SINDIFISCO NACIONAL;

5.2.3 – Os Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil demitidos dos quadros da Receita Federal do Brasil ou inativos cuja aposentadoria tenha sido cassada, desde que mantenham o pagamento das mensalidades e outras obrigações financeiras do Plano em dia e filiação regular ao SINDIFISCO NACIONAL, na forma como dispõe o Estatuto Social, sujeitando-se ao prazo previsto no art. 975 da Lei nº 13.105 de 2015 e/ou suas alterações.

5.3 – Podem ser **dependentes dos beneficiários titulares** do Plano:

5.3.1 – Cônjuge ou o companheiro;

Considera-se companheiro a pessoa com quem o beneficiário titular mantenha união estável ou sociedade homoafetiva em conformidade com a legislação, mediante declaração escrita do beneficiário titular e assinatura de duas testemunhas, devidamente identificadas;

5.3.2 – É vedada a inscrição concomitantemente de cônjuge e companheiro;

5.3.3 – Filhos solteiros (naturais e adotivos) e enteados não emancipados (naturais e adotivos) de ambos os sexos;

5.3.4 – Os menores sob guarda, tutela ou curatelados.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

5.4 – A inscrição dos dependentes dependerá da participação do beneficiário titular em plano do SINDIFISCO NACIONAL.

5.5 – Não terá direito à assistência o cônjuge separado judicialmente ou divorciado.

5.6 – Poderão também ser inscritos no Plano, na qualidade de agregados familiares do beneficiário **titular**:

5.6.1 – Ascendentes e descendentes, por consanguinidade, em linha reta e colateral até o 4º grau de parentesco;

5.6.2 – Por afinidade (com o titular), até o 2º grau em linha reta ou colateral.

5.7 – Ao requerimento de inscrição de dependentes e agregados familiares deverão ser obrigatoriamente entregues pelo beneficiário titular os documentos comprobatórios da condição de elegibilidade:

5.7.1 – Relação de parentesco contendo as respectivas declarações de estado civil, cópia do RG, CPF, comprovante de endereço;

5.7.2 – Decisão judicial nos casos de menor adotivo, sob guarda, curatelado, tutelado e ex-cônjuge ou ex-companheiro;

5.7.3 – Invalidez permanente.

5.8 – Vindo a falecer o beneficiário titular, os dependentes e agregados familiares já inscritos poderão continuar a participar do Plano, desde que:

5.8.1 – Tornem-se pensionistas;

5.8.2 – Associem-se ao SINDIFISCO NACIONAL;

5.8.3 – Assumam os pagamentos das contraprestações pecuniárias e façam quitação de eventuais débitos em favor do SINDIFISCO NACIONAL (ex.: mensalidades em aberto, valores de coparticipação e demais obrigações financeiras), sendo:

5.8.3.1 – Apresentem à Delegacia Sindical ou à Diretoria Executiva Nacional, no prazo de 30 (trinta) dias do óbito, declaração de que desejam fazê-lo. Neste caso, para pagamento das mensalidades, coparticipações e demais obrigações financeiras poderão:

a) autorizar o desconto em folha de pagamento; ou

b) optar entre a abertura de conta-corrente no Banco do Brasil S.A. e autorizar que nela seja debitada a contribuição mensal; ou

c) efetuar o pagamento por meio de ficha de compensação bancária.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

5.8.3.2 – A primeira mensalidade do plano de saúde será gerada na modalidade de ficha de compensação bancária a ser encaminhada ao beneficiário titular para pagamento, de forma antecipada.

5.9 – As mensalidades e outras obrigações financeiras do plano de saúde vencerão sempre no 2º (segundo) dia útil de cada mês, não sendo possível alteração da data de vencimento.

5.10 – Modalidades de cobranças das mensalidades:

5.10.1 – Desconto em folha;

5.10.2 – Débito automático; ou

5.10.3 – Ficha de compensação bancária.

5.11 – Na modalidade DESCONTO EM FOLHA, desde que o beneficiário titular disponha de limite de margem de consignação, as mensalidades e outras obrigações financeiras serão descontadas diretamente em contracheque, mediante autorização prévia do beneficiário junto ao Sistema de Gestão de Pessoas do Governo Federal – SIGEPE.

5.12 – Na modalidade DÉBITO AUTOMÁTICO, a cobrança será encaminhada ao Banco do Brasil S.A. por meio de arquivo de remessa para débito em conta-corrente, vencimento no segundo dia útil de cada mês, mediante prévia e formal autorização do beneficiário junto à agência do Banco do Brasil S.A.

5.12.1 – A quitação da mensalidade poderá ser realizada por meio do PIX (sistema de pagamento instantâneo).

5.13 – Na modalidade FICHA DE COMPENSAÇÃO BANCÁRIA, as cobranças estarão disponíveis por meio de acesso ao site www.unafiscosaude.org.br >> área exclusiva para beneficiários com a inserção de "usuário e senha".

5.14 – Os dependentes terão 30 (trinta) dias, após o reconhecimento pelo MINISTÉRIO DA ECONOMIA de sua condição de pensionistas do beneficiário titular falecido, para associarem-se ao SINDIFISCO NACIONAL, sob pena de exclusão do Plano.

5.15 – Permanecendo no Plano, os pensionistas passarão à condição de beneficiários titulares, podendo receber novas matrículas, sendo-lhes facultada a inscrição de novos dependentes, observadas as condições previstas neste Regulamento.

5.16 – Os dependentes inscritos antes do falecimento do beneficiário titular que não forem reconhecidos pelo MINISTÉRIO DA ECONOMIA, na qualidade de pensionistas, poderão permanecer no Plano, na condição de "dependente de instituidor falecido", sendo-lhes vedada a inscrição de novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge ou companheiro e filhos recém-nascidos ou adotados, na condição de agregados familiares, observadas as condições previstas neste Regulamento.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

5.16.1 – Cessada a condição de dependente, o beneficiário será reenquadrado na condição de substituto agregado.

5.17 – O beneficiário titular não necessitará responder à Declaração de Saúde para a inscrição de recém-nascido de parto coberto pelo Plano.

5.18 – Toda inscrição implica a aceitação irrestrita, por parte dos beneficiários (titulares, dependentes e agregados familiares), das disposições contidas neste Regulamento.

5.19 – Em caso de inclusão de recém-nascido, filho natural ou adotivo de até 12 (doze) anos, será garantida a inscrição como dependente, 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 do nascimento ou da adoção.

5.20 – Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias para inclusão de filho recém-nascido (natural ou adotivo), será obrigatório o cumprimento integral dos prazos de carência.

6. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

6.1 – Respeitados os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária, as exclusões e as coberturas estabelecidas neste Regulamento, o beneficiário terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, procedimentos e tratamentos odontológicos, exames complementares e serviços auxiliares de diagnose listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ao abrigo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID-10, da Organização Mundial da Saúde, conforme preceitua o art. 10 da Lei nº 9.656/1998.

6.2 – O atendimento será assegurado independentemente do local de origem de ocorrência do evento, de acordo com a segmentação, a área de abrangência geográfica, a rede de prestadores de serviços e os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

6.3 – Fica assegurada a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998, envolvendo atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, bem como a participação de profissional médico nos procedimentos listados no citado Rol, caso haja indicação clínica, observando-se as seguintes definições:

6.3.1 – Planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

6.3.2 – Concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

6.3.3 – Anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

6.3.4 – Atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

6.3.5 – Aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas dos indivíduos ou casais relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

6.3.6 – Atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

6.4 – A participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

6.5 – Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

6.6 – É assegurada a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional (doença profissional) e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA

6.7 – A cobertura de segmentação ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, **não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que**, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

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

6.7.2 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

6.7.3 – Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas alterações;

6.7.4 – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas alterações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

6.7.5 – Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas alterações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

6.7.6 – Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme previsto na regulamentação e legislação vigentes à época do evento;

6.7.7 – Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

6.7.8 – Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

6.7.9 – Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

6.7.10 – Cobertura de 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

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características, cuja cobertura obedecerá às respectivas DUTS;

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

6.7.11 – Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas alterações;

6.7.12 – Cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam 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 na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas alterações;

6.7.13 – Cobertura de hemoterapia ambulatorial;

6.7.14 – Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas alterações;

6.7.15 – Taxas, materiais, contrastes, medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

COBERTURAS HOSPITALARES EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA

6.8 – A segmentação hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, observadas as seguintes exigências:

6.8.1 – Cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

6.8.2 – 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

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas na Resolução Normativa ANS nº 428/2017;

6.8.3 – Cobertura de transplantes previstos na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e 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; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

6.8.4 – Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) que seja 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
- b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido na Resolução Normativa ANS nº 428/2017, respeitando-se a segmentação contratada;

6.8.5 – Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017;

6.8.6 – Cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017, 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;

6.8.7 – Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso;

6.8.8 – Cobertura obrigatória para os seguintes 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 e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;
- c) procedimentos radioterápicos previstos na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas atualizações para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e atualizações;
- g) embolizações listadas nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e atualizações;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e atualizações;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

6.9 – Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de internação, em unidades referenciadas aptas a atender as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade do leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo SINDIFISCO NACIONAL (art. 12, II, “a” c/c art. 33, ambos da Lei nº 9.656/1998), englobando os seguintes itens:

6.9.1 – Fica assegurada a internação em acomodação individual (apartamento);

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

6.9.2 – Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedadas a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, conforme o art. 12, II, “b”, da Lei nº 9.656/1998;

6.9.3 – Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, conforme o art. 12, II, “c”, da Lei nº 9.656/1998;

6.9.4 – Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, conforme o art. 12, II, “d”, da Lei nº 9.656/1998;

6.9.5 – Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, conforme o art. 12, II, “e”, da Lei nº 9.656/1998;

6.9.6 – Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro, conforme o art. 12, II, “e”, da Lei nº 9.656/1998;

6.9.7 – Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nos termos do art. 12, II, “f”, da Lei nº 9.656/1998 c/c art. 16 da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso);

6.9.8 – Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, ministrados durante o período de internação hospitalar;

6.9.9 – Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento;

6.9.10 – 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 (art. 10-A da Lei nº 9.656/1998, incluído pela Lei nº 10.223/2001);

6.9.11 – Procedimentos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, que necessitem de internação hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar; órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

6.9.12 – Transplantes de rins, córneas e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, previstos na Resolução Normativa ANS nº 428/2017, bem como as despesas com os procedimentos necessários à realização do transplante, incluindo, quando couber: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos e manutenção. Os candidatos a transplantes deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO, sujeitando-se aos critérios de fila única de espera e de seleção;

6.9.13 – Nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, esclarece-se que ocorrerá a critério do médico assistente;

6.9.14 – As internações serão processadas mediante expedição de guia de autorização pelo SINDIFISCO NACIONAL, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverão ser observadas as regras específicas previstas neste Regulamento;

6.9.15 – Cirurgias por técnica robótica, em unidades hospitalares preestabelecidas e contratadas para esta finalidade/cobertura.

COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DA REDE CREDENCIADA

6.10 – Ao beneficiário serão asseguradas as coberturas das despesas relativas à saúde mental correspondentes ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID-10, da Organização Mundial da Saúde.

6.11 – Entende-se como portador de transtorno psiquiátrico o paciente/beneficiário que tiver sua capacidade funcional psíquica alterada, em situação instável do ponto de vista clínico, e frequentemente em importante sofrimento psíquico e psicossocial, com acesso às terapêuticas adequadas e disponíveis na ocasião do evento, que sejam eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional, psicológica, psiquiátrica e psicossocial, codificadas de acordo com a patologia descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID-10, da Organização Mundial da Saúde.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

6.11.1 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente;

6.11.2 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente, decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão cobertos pelo plano.

6.12 – Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos editado e atualizado pela ANS vigente à época do evento.

6.13 – Entende-se por internação em hospital-dia (12 horas) para transtornos mentais o recurso intermediário entre a internação hospitalar e o ambulatório. A cobertura é garantida quando diagnosticadas pelo médico assistente patologias psíquicas com cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento.

6.14 – A cobertura oferecida pelo Plano é aquela prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de acordo com a segmentação contratada, editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, para procedimento psiquiátrico, que requeira internação hospitalar, com cobertura integral até 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato.

6.14.1 – A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá ocorrer de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes;

6.14.2 – A cobertura para psicoterapia, prevista pelo plano de saúde, é obrigatória nos moldes previstos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento e pelas normas internas estabelecidas conforme tabela registrada no cartório **xxx sob o nº xxx** e suas eventuais atualizações, em consonância com a legislação vigente.

COBERTURA OBSTÉTRICA

6.15 – Compreende toda a cobertura definida na segmentação hospitalar deste Regulamento, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e pós-parto, observada a legislação aplicável, a saber:

6.15.1 – Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) Pré-parto;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

b) Parto; e

c) Pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

6.15.2 – Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doença e/ou Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;

6.15.3 – Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção;

6.15.4 – Para fins de cobertura do parto normal, o procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

COBERTURA ODONTOLÓGICA

6.16 – A segmentação odontológica compreende todas as coberturas e procedimentos previstos no art. 12, IV, da Lei nº 9.656/98, incluindo cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente, cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia e cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral, nos termos do Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS vigente à época do evento.

6.16.1 – Os procedimentos bucomaxilofaciais que necessitarem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência;

6.16.2 – Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados na cobertura obrigatória para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos;

6.16.3 – É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

7. EXCLUSÕES DE COBERTURA

7.1 – Para fins de aplicação do art. 10 da Lei de nº 9.656/98, consideram-se EXCLUÍDOS E NÃO COBERTOS pelo PLANO os seguintes serviços e procedimentos:

7.1.1 – Todos e quaisquer procedimentos **não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes estabelecidas pela ANS, vigente à época do evento;**

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

7.1.2 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label), ressalvado o disposto em contrário na regulamentação vigente;

7.1.3 – 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 parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

7.1.4 – Inseminação artificial e fertilização *in vitro*;

7.1.5 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

7.1.6 – Fornecimento de medicamentos, materiais, órteses, próteses e produtos para a saúde, importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e sem registro vigente na ANVISA;

7.1.7 – Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC;

7.1.8 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

7.1.8.1 – Fornecimento de aparelhos definidos como órtese não implantável (não ligados ao ato cirúrgico) e insumos componentes, seja para suporte ventilatório ou distúrbios ventilatórios no ambiente ambulatorial ou domiciliar;

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

7.1.10 – Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;

7.1.11 – Tratamentos em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

7.1.12 – Consultas ou atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de urgência ou emergência (*home care*);

7.1.13 – Transplantes, exceto os de córnea, rins, autólogos e outros não listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;

7.1.14 – Cirurgia refrativa fora das diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

7.1.15 – Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios quando importados, salvo quando da não existência de similares nacionais devidamente registrados na ANVISA;

7.1.16 – Procedimentos clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais de patologias não relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID, da Organização Mundial da Saúde – OMS e/ou não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

7.1.17 – Exames para a prática de atividades desportivas;

7.1.18 – Fornecimento de óculos, lentes de contato e aparelhos de surdez;

7.1.19 – Exames e tratamentos sem justificativa médica ou que não se destinem ao tratamento de doenças, anomalias ou lesões;

7.1.20 – Despesas com doadores de órgãos, transporte e armazenamento de órgãos para fins de transplante, exceto para casos de rins, córneas e de medula;

7.1.21 – Despesas com acompanhantes, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

7.1.22 – Despesas extra-hospitalares (jornais, telefone, frigobar, lavanderia, refeições, objetos destruídos ou danificados e outras despesas de caráter pessoal ou particular);

7.1.23 – Despesas médicas efetuadas antes do cumprimento dos prazos de carência;

7.1.24 – Qualquer atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, *home care*, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar, nos termos da regulamentação vigente;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

- 7.1.25 – Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados, sem registro na ANVISA;
- 7.1.26 – Permanência hospitalar após alta médica;
- 7.1.27 – Internação em acomodação diferente da definida neste Regulamento e todas as despesas adicionais daí consequentes;
- 7.1.28 – Limpeza e tratamento de pele;
- 7.1.29 – Exame de paternidade (DNA);
- 7.1.30 – Remoção terrestre de pacientes para fora da área de abrangência geográfica do Plano;
- 7.1.31 – Tratamento de doenças epidêmicas declaradas por órgão público ou que venham a ultrapassar os índices divulgados pela Organização Mundial da Saúde – OMS;
- 7.1.32 – Próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, braços e pernas mecânicos, etc.);
- 7.1.33 – Tratamento de esterilidade;
- 7.1.34 – Aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com finalidade estética ou para alterações somáticas;
- 7.1.35 – Sessão, entrevista, consulta, avaliação ou tratamento de terapia de grupo, teste psicotécnico, ginástica, dança, massagem, ducha, ioga, natação e outros esportes;
- 7.1.36 – Remoção aérea, fluvial ou marítima;
- 7.1.37 – Exames para cirurgia de mudança de sexo, inseminação artificial, ginecomastia masculina e abortamento provocado e quaisquer outras internações hospitalares, cuja finalidade não seja a de exclusivo controle da saúde;
- 7.1.38 – Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 7.1.39 – Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 7.1.40 – Exames admissionais e demissionais;
- 7.1.41 – Cirurgia de mamoplastia que não tenha por finalidade a recuperação de órgãos e funções;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

- 7.1.42 – Escleroterapia para fins estéticos;
- 7.1.43 – Exames para instruir processo judicial;
- 7.1.44 – Exames preparatórios para realização de procedimentos não cobertos;
- 7.1.45 – Atos decorrentes de ilícitos penais;
- 7.1.46 – Aparelhos ortopédicos;
- 7.1.47 – Aluguel de equipamentos e aparelhos, exceto aqueles utilizados durante a internação hospitalar;
- 7.1.48 – Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 7.1.49 – *Check-up*;
- 7.1.50 – Despesas com recém-nascidos, após o período de 30 (trinta) dias de seu nascimento, sem a respectiva inscrição no Plano no referido prazo;
- 7.1.51 – Necropsia, sonoterapia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 7.1.52 – Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência do Plano;
- 7.1.53 – Próteses ou órteses importadas não nacionalizadas e/ou sem registro na ANVISA;
- 7.1.54 – Medicamentos não registrados na Divisão de Controle de Medicamentos do Ministério da Saúde (DIMED);
- 7.1.55 – Vacinas preventivas;
- 7.1.56 – Demais procedimentos não relacionados no item 6 – Cobertura e Procedimentos Garantidos, deste Regulamento.

8. DURAÇÃO DO CONTRATO

8.1 – O prazo de vigência deste Regulamento será indeterminado, a partir do mês de 1º de fevereiro de 2021, sem cobrança de qualquer taxa.

9. PERÍODOS DE CARÊNCIA

9.1 – Para ter direito à cobertura assistencial objeto deste Regulamento, os beneficiários deverão cumprir os períodos de carência ajustados nesta cláusula, que passarão a fluir em função de cada beneficiário, a partir da data de seu ingresso, a saber:

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

- a) 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos decorrentes de urgência e emergência;
- b) Até 30 (trinta) dias para consultas;
- c) Até 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos simples (ex.: exames simples, terapias simples, fisioterapias e tratamentos eletivos ambulatoriais, serviços de menor complexidade técnica, baixo custo e preventivos, raios x, exames laboratoriais, mamografia, tomografias, ultrassonografias, etc.);
- d) Até 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos complexos (ex.: exames, terapias e procedimentos especiais, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, serviços de alta tecnologia, maior complexidade técnica, alto custo, maior tempo de execução e de atenção por parte do prestador (ex.: ressonâncias, cintilografias, tomografias, quimioterapias, radioterapias, etc.);
- e) Até 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas;
- f) Até 180 (cento e oitenta) dias para internações cirúrgicas – exceto parto a termo;
- g) Até 180 (cento e oitenta) dias para internações em Unidade de Terapia Intensiva e para internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- h) Até 180 (cento e oitenta) dias para atendimento dos transplantes cobertos, diálise e hemodiálise e tratamentos de doenças infectocontagiosas;
- i) Até 300 (trezentos) dias para os partos a termo.

9.2 – As despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade dos beneficiários.

9.3 – Não será exigido o cumprimento de carências, desde que as inclusões de beneficiários se enquadrem em uma destas condições:

9.3.1 – A inscrição do beneficiário ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de início de operação do Plano, registro do regulamento (01/02/2021);

9.3.2 – O beneficiário titular formalizar proposta de inscrição própria, de dependente ou de agregado familiar até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do Plano (registro do regulamento), em 01º de fevereiro de cada ano.

9.4 – Considerar-se-á, para início do prazo de vigência no plano, quando ocorrer o envio ao titular, por e-mail (ou outro meio eletrônico ou documento físico), do

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

comunicado de "Boas-Vindas" juntamente com as instruções de acesso aos cartões virtuais para fins de atendimento junto às redes.

10. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

10.1 – O beneficiário deverá informar ao SINDIFISCO NACIONAL, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de todas as doenças ou lesões preexistentes à época da inscrição no Plano, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme Resolução Normativa nº 162, de 2007, e alterações posteriores.

10.2 – Doenças ou lesões preexistentes são aquelas de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou inscrição no plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, inciso IX, do art 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas pela regulamentação em vigor.

10.3 – Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o beneficiário preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário.

10.4 – O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pelo SINDIFISCO NACIONAL, sem qualquer ônus.

10.5 – Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede credenciada do SINDIFISCO NACIONAL, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

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

10.7 – É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pelo SINDIFISCO NACIONAL, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

10.8 – Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada, ou por meio 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, o SINDIFISCO NACIONAL oferecerá a cobertura parcial temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

10.9 – Caso o SINDIFISCO NACIONAL não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da inscrição contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária – CPT ou Agravo.

10.10 – Cobertura Parcial Temporária – CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou inscrição no plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

10.11 – Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura do SINDIFISCO NACIONAL para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário, cuja oferta é facultada pelo SINDIFISCO NACIONAL.

10.12 – Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária – CPT, o SINDIFISCO NACIONAL somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade quando relacionados exclusivamente a doença ou lesão preexistente.

10.13 – Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado e atualizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente à época do evento, disponível no site www.ans.gov.br.

10.14 – É vedada ao SINDIFISCO NACIONAL a alegação de doença ou lesão preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da inscrição no plano privado de assistência à saúde.

10.15 – Nos casos de Cobertura Parcial Temporária – CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou inscrição no plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação do SINDIFISCO NACIONAL e prevista na Lei nº 9.656/1998.

10.16 – O Agravo será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

10.17 – Identificado indício de fraude por parte do beneficiário referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da inscrição no plano privado de assistência à saúde, o SINDIFISCO NACIONAL deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária – CPT.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

10.18 – Instaurado o processo administrativo na ANS, ao SINDIFISCO NACIONAL caberá o ônus da prova.

10.19 – O SINDIFISCO NACIONAL 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.

10.20 – A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

10.21 – Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

10.22 – Após julgamento, e acolhida a alegação do SINDIFISCO NACIONAL pela ANS, o beneficiário passará 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 pelo SINDIFISCO NACIONAL, bem como será excluído do contrato.

10.23 – Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

11. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

11.1 – É obrigatória por parte do SINDIFISCO NACIONAL a cobertura do atendimento nos casos de:

11.1.2 – Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

11.1.2 – Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

11.2 – O SINDIFISCO NACIONAL garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato, conforme estabelece o art. 3º, § 2º, da Resolução CONSU nº 13/1998.

11.3 – A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

11.3.1 – Os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

11.3.2 – Os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

11.3.3 – Os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

11.4 – Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções, conforme estabelece o art. 3º, § 2º, da Resolução CONSU nº 13/1998.

11.5 – Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência cuja oferta é facultada pelo SINDIFISCO NACIONAL, conforme estabelece o art. 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU nº 13/1998.

DA REMOÇÃO

11.6 – Será garantida a cobertura da remoção intra-hospitalar, via terrestre, dentro da área geográfica de abrangência do plano (art. 12, inciso II, alínea "e", da Lei nº 9.656/1998), preferencialmente no mesmo município da internação, ficando garantido ainda:

11.6.1 – Para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de o beneficiário estar cumprindo período de carência para internação;

11.6.2 – 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.

11.7 – Quando não puder 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, o SINDIFISCO NACIONAL desse ônus.

11.8 – O SINDIFISCO NACIONAL deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

11.9 – Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento, ficará o SINDIFISCO NACIONAL desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

12. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES E AO REEMBOLSO

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

12.1 – Na modalidade de livre escolha, por opção do beneficiário, utiliza-se dos serviços de profissionais e de estabelecimentos não credenciados conforme as coberturas assistenciais garantidas pelo Plano, limitado ao Rol de Procedimentos e Eventos editado pela ANS, vigente à época do evento, pagando-lhes diretamente as despesas, que serão posteriormente reembolsadas pelo SINDIFISCO NACIONAL, até o limite previsto nos referenciais de Reembolso (registrados no cartório xxxx sob o nº xxxx) utilizados pelo Plano, disponíveis para consulta no site www.unafiscosaude.org.br na Internet, na sede do SINDIFISCO NACIONAL.

12.1.1 – São referenciais para reembolsos:

- a) RHAUS – Referencial de Honorários de Acupuntura Unafisco Saúde;
- b) RHFIUS – Referencial de Honorários de Fisioterapia Unafisco Saúde;
- c) RHFOUS – Referencial de Honorários de Fonoaudiologia Unafisco Saúde;
- d) RHNUS – Referencial de Honorários de Nutrição Unafisco Saúde;
- e) RHOUS – Referencial de Honorários Odontológicos Unafisco Saúde;
- f) RHPUS – Referencial de Honorários Psicológicos Unafisco Saúde;
- g) RHTOUS – Referencial de Honorários de Terapia Ocupacional Unafisco Saúde.

12.1.2 – Nos casos de procedimentos médicos, o reembolso obedecerá aos valores preconizados no RHMUS – Referencial de Honorários Médicos do Unafisco Saúde, independentemente do valor pago pelo beneficiário, também disponível para consulta nos moldes do item 12.1.

12.1.3 – Qualquer dúvida referente à forma de cálculo de reembolso poderá ser sanada no site do Unafisco Saúde (www.unafiscosaude.org.br).

12.2 – Poderá ser autorizado o processamento local do reembolso de despesas pelas Delegacias Sindicais.

12.3 – Nos atendimentos de emergência ou urgência e nos atendimentos eletivos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pelo SINDIFISCO NACIONAL, será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes (art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998) de acordo com as tabelas de remuneração praticadas, indicadas nos itens anteriores, pelo SINDIFISCO NACIONAL, vigentes à época do evento, observadas as seguintes hipóteses:

12.3.1 – Inexistência de prestador de serviços, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

12.3.2 – Indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência;

12.3.3 – Inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde da qual faz parte o município.

12.4 – No caso da comprovada indisponibilidade ou inexistência de prestador de serviços para atendimentos eletivos na área geográfica de abrangência do Plano, o SINDIFISCO NACIONAL poderá contratar – em caráter excepcional – outro prestador de serviços para atendimento do beneficiário, caso não tenha condições de garantir o atendimento.

12.5 – Para obter o reembolso nos casos de assistência prestada por profissionais ou estabelecimentos de livre escolha, o beneficiário titular deverá apresentar à Delegacia Sindical ou encaminhar ao SINDIFISCO NACIONAL os seguintes documentos, no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar.

12.6 – O reembolso será efetuado de acordo com os referenciais disponíveis no site do Unafisco Saúde que representam os preços dos serviços médico-hospitalares adotados pelo Plano e será efetuado na conta-corrente do beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos em caso de reembolso parcial:

12.6.1 – Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado (procedimento, material, medicamento, taxa, etc.), laudo médico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

12.6.2 – Honorários médicos durante a internação: recibos ou notas fiscais válidas como recibo (quitação da nota fiscal), contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado e o procedimento realizado, laudo médico, laudo do exame anatomopatológico, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

12.6.3 – Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada contendo diárias, taxas, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêuticos, relação de materiais e medicamentos utilizados, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação, com o(s) respectivo(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) realizado(s).

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

12.7 – O SINDIFISCO NACIONAL efetuará o depósito do reembolso em conta bancária do beneficiário titular, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos documentos à Delegacia Sindical (utilizando a ferramenta de processamento eletrônico) ou da data de recebimento na sede administrativa do SINDIFISCO NACIONAL.

12.9 – O prazo para recebimento dos comprovantes de reembolso nos casos de livre escolha é de 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento médico ou após a alta hospitalar.

12.10 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, o SINDIFISCO NACIONAL poderá solicitar ao beneficiário documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado, o que acarretará novo prazo de 30 (trinta) dias úteis da data da juntada do novo documento.

12.11 – O SINDIFISCO NACIONAL reserva-se o direito de analisar todo e qualquer valor apresentados para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas e similares.

12.12 – O SINDIFISCO NACIONAL, por intermédio da sua área de relacionamento, coloca à disposição ferramenta que permite consultar previamente os valores estabelecidos para reembolso quando na opção de acesso a profissionais e estabelecimentos de saúde ao abrigo do regime de livre escolha, observadas as seguintes condições:

12.12.1 – A prévia é um cálculo realizado com base nos relatórios médicos e documentos apresentados, antes de o evento ocorrer. Somente será pago o procedimento que efetivamente for feito dentro das condições de cobertura estabelecidas neste Regulamento;

12.12.2 – O cálculo fornecido será provisório e terá como base as informações contidas no relatório médico de acordo com a descrição do tratamento proposto;

12.12.3 – A prévia do valor de reembolso poderá sofrer modificações após a emissão da autorização dos procedimentos;

12.12.4 – O procedimento proposto no relatório médico poderá não ser idêntico ao efetivamente realizado, causando diferenças entre os valores cobrados e aqueles reembolsados;

12.12.5 – Utilizando a livre escolha, o beneficiário deve estar ciente de que o profissional cobrará aquilo que entender justo, sem limites ou tabelas, considerando que o atendimento será feito em caráter particular;

12.12.6 – As cobranças particulares sempre excederão os valores das tabelas praticadas pelo SINDIFISCO NACIONAL, dada a ausência de tetos (limites), verificando-se diferenças expressivas entre os valores cobrados e aqueles reembolsados.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

13. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

13.1 – Nenhum atendimento ao serviço previsto neste Regulamento será realizado sem a apresentação do cartão de identificação do beneficiário fornecido e expedido pelo SINDIFISCO NACIONAL para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhado de documento oficial de identidade com foto, exceto nos casos de urgência e emergência.

13.2 – O beneficiário, no caso de extravio de seu cartão de identificação, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente ao SINDIFISCO NACIONAL, arcando com as despesas da confecção de outra via.

13.3 – Cessa-se a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

14. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

14.1 – Para a realização dos procedimentos contratados será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA por intermédio de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência.

14.2 – A avaliação da autorização dos procedimentos que exigem autorização prévia deverá ocorrer conforme as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que preconiza a garantia de atendimento contada a partir do momento da solicitação, sendo facultada ao SINDIFISCO NACIONAL a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

14.3 – A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior iniciar-se-á da data do envio, pelo médico ou profissional assistente, dos laudos e documentos necessários para análise e/ou solicitados pelo SINDIFISCO NACIONAL.

14.4 – Em caso de divergência médica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá por meio de contato de um profissional médico do SINDIFISCO NACIONAL com o profissional solicitante, observado o procedimento constante na RN nº 424/2017 e suas alterações.

14.5 – A utilização de órteses e próteses cirúrgicas e de materiais especiais dependerá de autorização prévia do SINDIFISCO NACIONAL, à exceção dos casos de urgência/emergência, situação em que poderá ocorrer a utilização sem autorização prévia da Operadora, cabendo ao prestador de serviços providenciar junto ao SINDIFISCO NACIONAL a regularização das OPME utilizadas no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas corridas após a realização do evento, juntamente com o envio da documentação que justifique a caracterização de urgência/emergência.

14.6 – Nos casos de atendimento caracterizado como urgência/emergência, o beneficiário deverá ser atendido independentemente de autorização prévia do

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

SINDIFISCO NACIONAL, cabendo ao prestador de serviços providenciar junto à Operadora a regularização do atendimento no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas corridas, juntamente com o envio da documentação que justifique a caracterização de urgência/emergência.

15. DA JUNTA MÉDICA

15.1 – Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos anexos da Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas atualizações.

15.2 – O profissional requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

15.3 – O SINDIFISCO NACIONAL garante, no caso de situações de divergência médica, a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante por médico da Operadora e por um terceiro ou escolhido pelo SINDIFISCO NACIONAL, em caso de silêncio do médico assistente, conforme ditames da regulamentação aplicável.

16. REDE CREDENCIADA

16.1 – Será disponibilizada, via internet, ao beneficiário relação contendo os dados dos prestadores de serviços credenciados pelo SINDIFISCO NACIONAL.

16.2 – A relação contendo os dados dos prestadores de serviços disponibilizados por intermédio das redes parceiras (rede credenciada indireta) poderá ser consultada no site da operadora www.unafiscosaude.org.br ou por meio do serviço de teleatendimento (Unafisco Saúde Concierge) pelo telefone 0800 028 2777.

16.2.1 – O SINDIFISCO NACIONAL, bem como as redes parceiras, reserva-se o direito de redimensionar sua rede (ampliação, redução ou substituição) nos termos da legislação vigente;

16.2.2 – As redes indiretas possuem total prerrogativa no gerenciamento de seus prestadores de serviços, cabendo a esses parceiros todo o processo de atualização, definição dos serviços e regimes de atendimentos disponibilizados na assistência;

16.2.3 – Os serviços disponibilizados por meio da rede credenciada indireta obedecerão a cobertura prevista no Rol ANS e atualizações;

16.2.4 – A exceção da rede odontológica, a prestação de serviço médico-hospitalar e qualquer outro perfil assistencial ocorrerá exclusivamente por intermédio das redes indiretas, disponibilizadas pelas parcerias na forma de "aluguel de rede".

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

16.3 – A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado de qualquer prestador de serviços de atenção à saúde hospitalar ou não hospitalar implica compromisso do SINDIFISCO NACIONAL para com os beneficiários quanto a sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme as seguintes regras:

16.3.1 – A substituição do prestador de serviços de atenção à saúde hospitalar por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme legislação legal e infralegal vigentes;

16.3.2 – Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, o SINDIFISCO NACIONAL arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

16.3.3 – Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade do SINDIFISCO NACIONAL durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e o SINDIFISCO NACIONAL a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;

16.3.4 – Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

17. FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

17.1 – O valor a ser pago pela cobertura assistencial SINDIFISCO NACIONAL será preestabelecido.

17.2 – A assinatura da proposta de adesão implica imediata autorização para cobrança das mensalidades relativas ao titular, seus dependentes e agregados familiares inscritos no Plano, preferencialmente via desconto em folha de pagamento, débito automático em conta-corrente bancária ou ficha de compensação bancária.

17.3 – A parcela da mensalidade que ultrapassar o limite de consignação em folha de pagamento estabelecido pelo MINISTÉRIO DA ECONOMIA será cobrada por meio de ficha de compensação bancária disponível por meio de acesso ao site www.unafiscosaude.org.br > área exclusiva para beneficiários com a inserção de “usuário e senha”; ou por meio de débito em conta-corrente do titular mediante autorização prévia junto ao Banco do Brasil.

17.4 – O beneficiário titular será o responsável pela inscrição, desligamento e pagamento das mensalidades e outras obrigações, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos seus dependentes e agregados familiares (grupo familiar).

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

17.5 – Os valores pagos em atraso serão acrescidos de encargos financeiros, sendo de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) de juros ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, atualizados monetariamente com base na variação do INPC.

17.6 – O atraso de pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras por período superior a 60 (sessenta) dias implicará a exclusão do Plano por inadimplência do titular e grupo familiar.

17.7 – O pagamento da mensalidade de determinado mês e demais obrigações financeiras não quitará débitos anteriores.

17.8 – O recebimento pelo SINDIFISCO NACIONAL das mensalidades e demais obrigações financeiras em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual.

17.9 – O pagamento antecipado das mensalidades não eliminará nem reduzirá os prazos de carência estabelecidos, tampouco dará direito a descontos.

17.10 – Na forma do que dispõe o Convênio de Inscrição celebrado entre o SINDIFISCO e o MINISTÉRIO DA ECONOMIA, o beneficiário titular fará jus ao auxílio saúde, objeto de regulamentação por parte do MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO.

17.11 – Por se tratar de plano coletivo, não haverá distinção quanto aos valores das mensalidades entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Plano e aqueles a ele já vinculados.

17.12 – Correrá por conta do beneficiário titular a despesa por emissão de segunda via do cartão personalizado de identificação.

18. DA SEGREGAÇÃO DA MENSALIDADE DEPENDENTE/AGREGADO

18.1 – O beneficiário titular poderá solicitar a segregação das mensalidades mediante a assinatura do documento específico denominado **“Termo de responsabilidade – Segregação de mensalidade Dependente/Agregado”**.

18.2 – Na opção pela segregação da mensalidade, o beneficiário titular DECLARARÁ:

a) Haver lido, compreendido e aceitado o Regulamento do Plano, sem restrições;

b) Anuir com o desmembramento de vínculo a fim de que a(s) mensalidade(s) do Plano seja(m) cobrada(s) diretamente de seu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) familiar(es) mediante preenchimento do Termo de Responsabilidade e Autorização Expressa firmado pelo(s) beneficiário(s) a ele vinculado(s), não deixando, porém, de responder solidariamente pela quitação de quaisquer débitos perante o SINDIFISCO NACIONAL;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

c) Ser o único responsável pela atualização e veracidade dos dados cadastrais pessoais, dos dependentes e agregados familiares, comprometendo-se a fornecer, quando solicitado, documentos complementares;

d) Autorizar o desconto dos valores das mensalidades em favor do SINDIFISCO NACIONAL por meio de débitos em conta-corrente junto ao Banco do Brasil S.A. ou mediante pagamento por meio de ficha de compensação bancária (boleto);

e) Ter conhecimento de que não será acolhida solicitação de segregação de mensalidade de dependente ou agregado menor impúbere, ou seja, aquele que, em razão da idade, não alcançou capacidade jurídica plena para o exercício de seus direitos. O menor impúbere é absolutamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil. São assim considerados os menores de 16 (dezesesseis) anos. Entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos de idade o menor será considerado púbere, devendo ser assistido por seu representante legal para a prática de atos da vida civil; e, após completar 18 (dezoito) anos, cessará a menoridade (art. 5º do Código Civil). Portanto, não pode o menor impúbere ou púbere sem assistência do representante legal figurar como responsável financeiro perante o SINDIFISCO NACIONAL. Em qualquer hipótese, o titular responderá solidariamente com o responsável financeiro pelo pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras decorrentes da assistência prestada ao menor, ao abrigo do Unafisco Saúde;

f) Ter conhecimento de que a segregação das mensalidades somente poderá ser efetuada a cada 24 (vinte e quatro) meses, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

18.3 – O dependente e/ou agregado (responsável financeiro) a ser segregado da cobrança das mensalidades DECLARARÁ:

a) Haver lido, compreendido e aceitado o Regulamento do Plano, sem restrições;

b) Aceitar o desmembramento de vínculo com o beneficiário titular, passando a responder financeiramente perante o SINDIFISCO NACIONAL pelo pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras dos demais dependentes/agregados vinculados;

c) Ter conhecimento de que a segregação das mensalidades e demais obrigações financeiras somente poderão ser efetuadas pelo dependente e/ou agregado, com expressa anuência do titular, tendo vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação;

d) Autorizar o desconto dos valores das mensalidades e demais obrigações financeiras em favor do SINDIFISCO NACIONAL por meio de débitos em

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

conta-corrente junto ao Banco do Brasil S.A. ou mediante pagamento por meio de ficha de compensação bancária (boleto).

19. REAJUSTES – ANUAL E POR FAIXA ETÁRIA

REAJUSTE ANUAL

19.1 – Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente de acordo com o percentual aprovado na Assembleia Geral de Beneficiários do Unafisco Saúde (titulares), em decorrência da variação anual de custos assistenciais, com base em estudo técnico atuarial contendo avaliação da sinistralidade total (receita assistencial, despesa assistencial, outras despesas operacionais, despesa administrativa) da carteira de beneficiários.

19.2 – Considera-se reajuste qualquer variação positiva na mensalidade, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do Plano.

19.3 – Independentemente da data de inclusão no Plano, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente no mês de agosto, entendendo-se esta como data-base única.

19.4 – O beneficiário declara estar ciente de que o plano opera em regime de pré-pagamento, cujas mensalidades serão cobradas no momento da inscrição.

19.5 – A aplicação de reajuste precedida de consulta e aprovação por parte da Assembleia Geral de Beneficiários do Unafisco Saúde (titulares), garantida a anualidade.

19.6 – Não poderá haver aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro do Plano.

19.7 – Não poderá haver mais de um reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variáveis do valor da mensalidade em virtude de mudança de faixa etária, migração e adaptação à Lei nº 9.656/1998.

19.8 – Os reajustes efetuados pelo SINDIFISCO NACIONAL serão comunicados à AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, conforme determinado pela legislação em vigor.

REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

19.9 – Havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente regulamento, a mensalidade será reajustada no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela a seguir, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária, observadas as seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da Resolução Normativa ANS nº 63/2003 e a Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso):

19.9.1 – O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

19.9.2 – A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixa.

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXAS ETÁRIAS (RN nº 63/2003)

FAIXA ETÁRIA % AUMENTO

00 a 18 anos	0%
19 a 23 anos	13,627%
24 a 28 anos	22,189%
29 a 33 anos	22,027%
34 a 38 anos	17,281%
39 a 43 anos	11,753%
44 a 48 anos	17,066%
49 a 53 anos	20,337%
54 a 58 anos	29,576%
59 ou mais	47,781%

20. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

20.1 – Determinam a exclusão do beneficiário, sem direito à devolução das mensalidades e obrigações financeiras pagas, compensação ou indenização de qualquer natureza, à exceção da devolução *pro rata* em relação à mensalidade do mês em que ocorreu o cancelamento:

- a) Solicitação de exclusão por iniciativa do titular, podendo ocorrer presencialmente, por telefone ou por meio da página do Unafisco Saúde na internet, com a devolução das carteiras personalizadas do plano de saúde dos beneficiários excluídos ou de todo o grupo familiar (quando for o caso).
- b) O falecimento do beneficiário;
- c) Desfiliação do SINDIFISCO NACIONAL;
- d) Perda do vínculo de dependência;
- e) Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência da relação

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

contratual, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;

f) A tentativa de fraude ou fraude comprovada, omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta de inscrição; e

g) Prática de infrações pelo beneficiário com a finalidade de obter vantagem ilícita, para si ou para outrem.

20.2 – Em qualquer das situações anteriormente relacionadas, caberá ao titular a responsabilidade pela restituição ao SINDIFISCO NACIONAL de quantias indevidamente pagas em virtude da utilização indevida das coberturas assistenciais após o desligamento do Plano.

20.3 – Caso não seja possível a devolução das carteiras personalizadas do plano de saúde, o beneficiário titular se responsabilizará por quaisquer despesas decorrentes da utilização indevida da cobertura assistencial em seu próprio nome, de seus dependentes e agregados familiares, podendo tais despesas ser consideradas dívidas líquidas e certas e cobradas por meio de ações administrativas e judiciais.

20.4 – O desligamento do beneficiário titular implicará o desligamento de todo o seu grupo familiar, salvo em caso de falecimento, hipótese em que os dependentes assumem a condição de pensionistas, conforme disposto neste regulamento.

20.5 – Nos casos de exclusão, será cobrado do beneficiário titular ou de seu representante legal, inclusive por via judicial, o saldo devedor proveniente das mensalidades atrasadas e de outras obrigações, atualizado monetariamente pela variação do INPC, acrescido de encargos financeiros na ordem de 1% (um por cento) de juros mensais e 2% (dois por cento) de multa sobre o valor principal.

20.6 – A exclusão do Plano não libera o beneficiário titular das dívidas decorrentes de despesas realizadas por ele, seus dependentes e agregados familiares com eventos ocorridos e não avisados pela rede credenciada de prestadores de serviços médico-hospitalares.

20.7 – O uso indevido da cobertura assistencial do Plano por parte de dependente ou agregado familiar será de responsabilidade do beneficiário titular ao qual se encontra vinculado, a quem caberá assumir integralmente as despesas decorrentes de utilização indevida, acrescidas de taxa administrativa na ordem de 10% (dez por cento), fora encargos financeiros.

20.8 – Ao beneficiário excluído por falta de pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras será permitido novo ingresso no Plano, por meio de preenchimento e assinatura de proposta de inscrição e declaração de saúde, cumpridos novos prazos de carência e desde que não restem débitos junto ao SINDIFISCO NACIONAL ou que venha a ser celebrado instrumento de confissão de débitos mediante o pagamento da 1ª (primeira) parcela e mediante a quitação do acordo.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

20.9 – Caberá recurso à Diretoria Executiva Nacional do SINDIFISCO NACIONAL, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de conhecimento da decisão quanto à exclusão do beneficiário titular, dependente ou agregado familiar, sem efeito suspensivo, ouvida previamente a Diretoria do Unafisco Saúde.

20.10 – No caso de licença sem remuneração ou afastamento legal, o beneficiário titular poderá optar por permanecer no Plano, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, o respectivo custeio das despesas (próprias, de seus dependentes e agregados familiares).

20.11 – O espólio responderá pelas dívidas do titular falecido na forma da legislação vigente.

20.12 – O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias implicará a suspensão do direito dos beneficiários (titular, dependentes e agregados familiares) à cobertura assistencial oferecida pelo Plano, sem aviso prévio.

20.13 – A solicitação de exclusão de qualquer beneficiário, antes de completados os primeiros 12 (doze) meses contados da data de inscrição, sujeitará o beneficiário titular ao pagamento de multa rescisória na ordem de 10% (dez por cento) sobre o montante das mensalidades restantes para se completar o período inicial de vigência.

20.14 – Após o período de 12 (doze) meses, contado da data de início de sua vigência, a inscrição no Plano poderá ser cancelada, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante manifestação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem ônus.

20.15 – Durante o prazo de aviso prévio não será admitida a inclusão ou exclusão de novos beneficiários.

20.16 – Sem prejuízo das penalidades legais, a inscrição poderá ser cancelada mediante prévia e formal notificação, nas seguintes situações:

20.16.1 – Tentativa ou prática de fraude comprovada: qualquer fraude em documento ou informação devidamente comprovada acarretará a imediata suspensão ou rescisão do contrato, com exclusão do titular e seus dependentes, não lhes assistindo o direito a quaisquer dos benefícios previstos no contrato, nem mesmo devolução de qualquer quantia paga;

20.16.2 – Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência da relação contratual, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quingentésimo) dia de inadimplência, cuja notificação ocorrerá pelos meios permitidos pela regulamentação e usuais no momento, inclusive via e-mail ou aplicativos de mensagens, entre outros;

20.16.3 – A exclusão por inadimplência não desobrigará o beneficiário titular do pagamento das mensalidades vencidas, ficando assegurado ao

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

SINDIFISCO NACIONAL o direito de cobrar em juízo os valores não pagos pelo beneficiário titular;

20.16.4 – Nos casos de atrasos no pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras, será cobrado do beneficiário, acrescido de encargos financeiros na ordem de 1% (um por cento) de juros mensais e 2% (dois por cento) de multa sobre o valor principal;

20.16.5 – O atraso de pagamento das mensalidades e demais obrigações financeiras por período superior a 60 (sessenta) dias implicará a exclusão por inadimplência do beneficiário titular e todo o grupo familiar;

20.16.6 – Se qualquer das partes infringir comprovadamente as cláusulas e condições do presente Regulamento.

20.17 – Será de responsabilidade exclusiva do titular a devolução dos cartões personalizados de identificação de todo o grupo familiar (de si próprio, de seus dependentes e agregados familiares), no caso de exclusão do Plano, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido da cobertura assistencial.

20.18 – Considera-se uso indevido a utilização dos cartões personalizados de identificação do Plano para acesso à rede de prestadores de serviços médico-hospitalares por parte dos beneficiários excluídos ou por terceiros.

20.19 – A responsabilidade financeira do SINDIFISCO NACIONAL quanto aos atendimentos médico-hospitalares cessará no último dia de vigência da relação contratual, ficando sob a responsabilidade do beneficiário.

20.20 – Em caso de encerramento da operação de planos de saúde (Unafisco Saúde), o patrimônio remanescente, depois de liquidados os compromissos, será transferido ao SINDIFISCO NACIONAL, cabendo à Assembleia Geral a deliberação quanto ao seu destino conforme disposições de seu Estatuto Social.

21. DO PROCESSO DE ANÁLISE DE INSCRIÇÃO

21.1 – O beneficiário titular declara estar ciente de que a vigência da inscrição obedecerá ao calendário de recebimento de propostas estabelecido pela administração do SINDIFISCO NACIONAL.

21.2 – O proponente declara estar ciente de que a ausência de algum documento comprobatório para fins de inscrição poderá incorrer em novo prazo para vigência da inscrição.

21.3 – A confirmação para início do prazo de vigência no plano será realizada quando ocorrer o envio ao titular, por e-mail (ou outro meio eletrônico ou físico), do comunicado de “Boas-Vindas” juntamente com as instruções de acesso aos cartões virtuais para fins de atendimento junto às redes.

21.4 – O preenchimento da proposta não garante a inscrição no Plano. O SINDIFISCO NACIONAL reserva-se o direito de realizar avaliação técnica quanto aos

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

prazos de carência e/ou cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT para procedimentos médicos relacionados a Doenças e Lesões Preexistentes – DLP, estando o proponente titular desde já ciente de que poderá ser necessária a celebração de aditivo de CPT, parte integrante do Termo/Proposta, a ser firmado pelas partes.

21.5 – Confere à administração do SINDIFISCO NACIONAL o direito de prover a avaliação individual e estabelecer carências diferentes por dependentes e agregados familiares, estando o proponente titular (beneficiário) desde já ciente de que poderá ser necessária a celebração de aditivo de carências, parte integrante do Termo/Proposta, a ser firmado pelas partes.

21.6 – Diante da possibilidade de cumprimento da CPT e devido à necessidade de solicitação de documentos complementares (entrevista qualificada, laudos, relatórios, etc.), a data de inscrição e efetivo ingresso está sujeita a alteração e poderá ser prorrogada seguindo o calendário estabelecido pelo SINDIFISCO NACIONAL.

22. DEFINIÇÕES DO REGULAMENTO

São adotadas as seguintes definições neste Regulamento:

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

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 garantem a saúde suplementar.

AGRAVO: Qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura do SINDIFISCO NACIONAL, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ÁREA DE ATUAÇÃO: Localidades nas quais o SINDIFISCO NACIONAL disponibiliza o plano de assistência à saúde.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: É o atendimento que se limita aos serviços realizados em consultórios ou ambulatorios, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnósticos ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura familiar por período superior a 12 (doze) horas.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

ATENDIMENTO ELETIVO: Termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: Todo atendimento prestado em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

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 a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO: É um documento padronizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde.

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: É a carteira individual personalizada emitida pelo SINDIFISCO NACIONAL para cada beneficiário.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, 10ª revisão.

CIRURGIÃO DENTISTA ASSISTENTE: É o profissional responsável pela indicação da conduta odontológica a ser aplicada ao beneficiário.

COBERTURA: É a garantia de atendimento ao beneficiário com base no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): Aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade – PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou inscrição no plano privado de assistência à saúde.

COPARTICIPAÇÃO: É a parcela a ser paga pelo beneficiário diretamente ao SINDIFISCO NACIONAL pela realização de procedimento(s) (consulta, exames e sessões).

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

CONSULTA: É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE: É o documento por meio do qual o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador de doenças ou lesões preexistentes à época da inscrição no plano.

DOENÇA: É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: Aquela de que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou inscrição no plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: É aquela adquirida em consequência do trabalho.

EMERGÊNCIA: É a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EVENTO: Entende-se todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar e odontológica que tenha por origem ou causa dano involuntário à saúde do beneficiário, em decorrência de acidente pessoal ou doença, bem como suas consequências.

EXAME: É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

EXCLUSÕES: São os procedimentos, eventos e serviços não cobertos pelo Plano.

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL: Instrumento destinado a informar o beneficiário quanto aos principais aspectos do plano de saúde e a facilitar a compreensão do conteúdo do regulamento.

HOSPITAL-DIA: É uma unidade hospitalar voltada para a realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno e de médio porte, que demandem curta permanência de internamento do paciente.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: É o período de atendimento do beneficiário, em unidade hospitalar, por solicitação do médico assistente, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA A CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE – MPS: Instrumento destinado a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação do plano de saúde.

MÉDICO ASSISTENTE: É o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: Contraprestação pecuniária paga pelo beneficiário ao SINDIFISCO NACIONAL.

ÓRTESE: Acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente.

PROCEDIMENTOS: São todos os atos médicos ou paramédicos que têm por finalidade a manutenção, recuperação ou promoção da saúde do beneficiário praticados ou não em ambiente hospitalar.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE: São os relacionados na Resolução Normativa ANS nº 428/2017 e suas alterações, consistindo nos procedimentos que poderão ter cobertura suspensa pelo prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, na hipótese de doenças ou lesões preexistentes.

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO: Formulário por meio do qual o beneficiário manifesta sua intenção em ingressar no plano de saúde cuja aprovação depende de resposta favorável do SINDIFISCO NACIONAL.

PRÓTESE: Peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

REEMBOLSO: É a importância a ser restituída pelo SINDIFISCO NACIONAL relativa às despesas cobertas e pagas pelo beneficiário aos prestadores de serviços diretamente contratados, nas situações previstas neste Regulamento.

SINISTRALIDADE: É a divisão do valor total da despesa assistencial durante determinado período de avaliação pelo total das mensalidades arrecadadas pelo SINDIFISCO NACIONAL.

TITULAR: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1 – Fazem parte deste Regulamento a Proposta de Inscrição, a Declaração de Saúde, o Aditivo de Agravo, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, este último previamente entregue ao beneficiário.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

23.2 – Sempre que solicitado pelo beneficiário titular, será fornecido exemplar deste Regulamento, disponível no site do SINDIFISCO NACIONAL.

23.3 – O beneficiário titular, por si e por seus dependentes e agregados familiares, autoriza o SINDIFISCO NACIONAL a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pela ANS, respeitado o sigilo médico.

23.4 – Nenhuma responsabilidade caberá ao SINDIFISCO NACIONAL por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular, de seus dependentes e agregados familiares provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares escolhidos livremente, não pertencentes à rede credenciada.

23.5 – A Diretoria Executiva Nacional do SINDIFISCO NACIONAL expedirá normas complementares visando a operacionalização deste Regulamento.

23.6 – Os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria Executiva Nacional e encarregados da administração do Plano.

23.7 – A nomenclatura médica de doenças a que se refere este Regulamento segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID-10, da Organização Mundial da Saúde.

23.8 – O SINDIFISCO NACIONAL não se responsabilizará por qualquer acordo celebrado entre os beneficiários e médicos, hospitais ou estabelecimentos de saúde.

23.9 – O beneficiário poderá requerer a mudança de plano para categoria superior, observados os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, em outro plano da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sendo cabível a imposição de novos períodos de carência quando, no plano de destino, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não oferecidos pelo plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração previstas na regulamentação vigente.

23.10 – Quando da mudança por parte do beneficiário titular, dependentes e agregados familiares para um plano que ofereça maior cobertura assistencial, será contabilizado o tempo de permanência no plano anterior, cabendo aos beneficiários cumprirem as carências e CPT estipuladas pelo SINDIFISCO NACIONAL para gozo de novos benefícios.

23.11 – Será admitida a mudança de plano do beneficiário titular, dependentes e agregados familiares para outro plano, desde que efetuada após o decurso de 12 (doze) meses de inscrição no plano de origem.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

23.12 – O beneficiário titular não poderá participar de plano com cobertura assistencial inferior ao de seus dependentes e agregados familiares.

23.13 – O beneficiário que optar por internação hospitalar em acomodação superior à do Plano tornar-se-á responsável pelas despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares (diferença de acomodação e honorários médicos). Os valores da diferença serão acertados diretamente com o hospital e os médicos assistentes.

23.14 – A autorização, por parte do SINDIFISCO NACIONAL, de eventos não previstos ou excluídos neste Regulamento não confere aos beneficiários direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas assistenciais, caracterizando ato de mera liberalidade.

23.15 – A tolerância ou a demora do SINDIFISCO NACIONAL em exigir dos beneficiários o cumprimento de quaisquer obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, exigir seu cumprimento.

23.16 – Não será admitida a presunção de que o SINDIFISCO NACIONAL ou os beneficiários do Plano possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Regulamento ou de comunicações posteriores por escrito.

23.17 – Todas as alterações na rede assistencial seguirão os critérios estabelecidos em normativos vigentes da ANS, com atualização no site da operadora, para consulta dos beneficiários.

23.18 – O beneficiário poderá recorrer ao Fale Conosco ou à Ouvidoria para avaliação do caso e manifestação.

23.19 – A cobertura prevista no presente Regulamento também abrange os programas de promoção à saúde e prevenção de doenças que forem eventualmente oferecidos pelo SINDIFISCO NACIONAL.

24. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

24.1 – A OPERADORA garantirá a privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais de que trata em decorrência do presente instrumento, sempre em conformidade com a legislação vigente relativa à privacidade e proteção de dados.

24.2 – São bases legais que fundamentam o tratamento de dados realizado em decorrência do presente instrumento, sem prejuízo de outras normas, a Constituição Federal, o Código Civil, a Lei do Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965, de 2014), seu Decreto Regulamentador (Decreto nº 8.771, de 2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709, de 2018), a Lei nº 9.656, de 1998 e normas setoriais ou gerais sobre o tema.

REGULAMENTO

PLANO: UNAFISCO SAÚDE PLATINUM

24.3 – A OPERADORA adota e continuará a adotar todas as medidas razoáveis para garantir a segurança das informações pessoais do TITULAR, contudo ele declara estar ciente de que não há risco zero no que concerne à segurança da informação, sendo impossível garantir que, em qualquer hipótese, eventuais informações não possam ser acessadas de forma inadequada ou ilegal por pessoas mal-intencionadas, sendo dever do TITULAR adotar medidas preventivas para tutelar seus dados pessoais.

24.4 – A Política de Privacidade do SINDIFISCO NACIONAL, que constitui parte integrante do presente contrato e se encontra disponível para consulta em seu site www.unafiscosaude.org.br, devendo, sempre que existirem dúvidas acerca do tratamento de seus dados pessoais, o TITULAR consultar o referido documento para fins de melhor esclarecimento.

24.5 – No que concerne aos seus dados pessoais, o TITULAR poderá exercer os seguintes direitos junto à OPERADORA:

24.5.1 – Confirmação de existência e acesso aos dados;

24.5.2 – Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

24.5.3 – Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei nº 13.709, de 2018;

24.5.4 – Portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, conforme regulamentado pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD;

24.5.5 – Eliminação dos dados pessoais tratados com fundamento no consentimento do titular, nos moldes da Lei;

24.5.6 – Informação das entidades públicas e privadas com as quais a OPERADORA realizou uso compartilhado de dados;

24.5.7 – Informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;

24.5.8 – Revogação do consentimento.

24.6 – O exercício dos direitos acima estipulados dar-se-á em conformidade com a legislação e regulação específica vigente à época da solicitação, pelos canais de comunicação constantes da Política de Privacidade da OPERADORA para esse fim.

24.7 – Caso, após a leitura da Política de Privacidade, o TITULAR necessite de esclarecimentos acerca do tratamento aplicado a seus dados, deverá entrar em contato com o encarregado de Proteção de Dados Pessoais da OPERADORA, pelos meios de comunicação disponíveis na Política de Privacidade.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal de Assinaturas Certisign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://www.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/7D8B-8A42-1CA2-4E4C> ou vá até o site <https://www.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 7D8B-8A42-1CA2-4E4C



Hash do Documento

F8B2DD25612359C2391F2D3A58725EB122570B9F032477887EEF41AB212DDDF A

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 28/01/2021 é(são) :

- Raimunda Maria Dos Santos E Silva - 779.264.631-91 em
28/01/2021 12:08 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital

