

REGULAMENTO

Plano Anafe Saúde Exclusive

Nº Registro: 493.327/22-3

ANS Nº 493.327/22-3



Anafe Saúde
Exclusive

ANS Nº 423319



Anafe
SAÚDE



PLANO EXCLUSIVE

CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

RAZÃO SOCIAL: ANAFE SAÚDE

NOME FANTASIA: ANAFE SAÚDE

CNPJ: 45.981.176/0001-00

REGISTRO DA OPERADORA NA ANS: Nº 42331-9

CLASSIFICAÇÃO ANS: AUTOGESTÃO SEM MANTENEDOR

ENDEREÇO: QUADRA 02 LOTE 03, ANDAR 1 PARTE 9, JARDIM DA BARRAGEM, CEP 72.920-004, NA CIDADE ÁGUAS LINDAS – GO

CLÁUSULA SEGUNDA – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PRODUTO

NOME COMERCIAL: ANAFE SAÚDE EXCLUSIVE

NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS: Nº 493.327/22-3

TIPO DE CONTRATAÇÃO: COLETIVO POR ADESÃO

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: NACIONAL

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO

FORMAÇÃO DO PREÇO: PRÉ-ESTABELECIDO

VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO: SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO: INDIVIDUAL

PLANO OPERA EXCLUSIVAMENTE COMO LIVRE ESCOLHA: NÃO

LIVRE ESCOLHA: SIM

PLANO OPERA COM COPARTICIPAÇÃO: NÃO

COBERTURAS ADICIONAIS DO PRODUTO: ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA CONTEMPLANDO (IMPLANTODONTIA, ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES E DIVERSOS PROCEDIMENTOS DE PRÓTESES), INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE), PROCEDIMENTOS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO, TRANSPLANTES NÃO OBRIGATÓRIOS (CORAÇÃO E PÂNCREAS), E VACINAS, SEGUINDO CRITÉRIOS DE REGULAÇÃO.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBJETO DO REGULAMENTO

- 3.1. O objeto deste Regulamento é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03.06.1998 (Lei dos Planos de Saúde), com as alterações introduzidas pela Medida Provisória no. 2.177-44/01 e pela Lei no. 10.223/01, visando à cobertura para as despesas de assistência médica, hospitalar e odontológica (segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica), listadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.
- 3.2. Trata-se de um Regulamento que traça as diretrizes de Plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

CLÁUSULA QUARTA – NATUREZA DO REGULAMENTO

- 4.1. Trata-se de Plano de Assistência à Saúde sob o regime de contratação Coletivo por Adesão, em caráter aleatório, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes.

CLÁUSULA QUINTA – TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 5.1. Contrato coletivo por adesão.

CLÁUSULA SEXTA – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

- 6.1. Nacional.

CLÁUSULA SÉTIMA – TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

- 7.1. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico.

CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

8.1. Poderão ser associados da ANAFE SAÚDE os titulares dos cargos públicos efetivos abaixo, relacionados, ativos ou aposentados, bem como seus pensionistas, que forem associados da **ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS ADVOGADOS PÚBLICOS FEDERAIS - ANAFE** e que estiverem em dia com suas obrigações financeiras perante esta entidade:

- 8.1.1. Advogados da União;
 - 8.1.2. Procurador da Fazenda Nacional;
 - 8.1.3. Procurador Federal;
 - 8.1.4. Procurador do Banco Central do Brasil, e ou;
 - 8.1.5. Quadros suplementares em extinção no art. 46 da Medida Provisória nº 2.229-43 de 06 de setembro de 2001, bem como no art. 11 da Lei nº 10.549 de 13 de novembro de 2002.
- 8.2. Podem ser dependentes dos beneficiários titulares do Plano:
- 8.2.1. Cônjuge ou companheiro (a);
 - 8.2.2. Filhos solteiros não emancipados, de ambos os sexos, até 24 (vinte e quatro) anos, que não mantenham união estável e os comprovadamente inválidos;
 - 8.2.3. Equiparam-se aos filhos, nas condições estabelecidas no item 8.2.2 e mediante declaração escrita do beneficiário titular:
 - a) Enteadado;
 - b) Menor que, por determinação judicial, se ache sob sua guarda tutela;
 - c) Menor que se ache sob sua tutela e não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

- 8.2.4. Considera-se companheiro(a) a pessoa com quem o beneficiário titular mantenha união estável ou sociedade homoafetiva em conformidade com a legislação, mediante declaração escrita do beneficiário titular, com a assinatura de (02) duas testemunhas;
- 8.2.5. É vedada a inscrição concomitantemente de cônjuge e companheiro (a);
- 8.2.6. Somente poderão ser dependentes dos titulares as pessoas cadastradas conforme descritos nos itens 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3 e 8.2.4.
- 8.3. Podem ser agregados dos beneficiários titulares do Plano, as pessoas que não se enquadram na condição de dependente, desde que tenham vinculação com o beneficiário titular até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela ou curatelado;
- 8.4. Ao requerimento de inscrição de dependentes e agregados, deverão ser obrigatoriamente anexados pelo beneficiário titular, todos os documentos comprobatórios da condição de elegibilidade:
- 8.4.1. A relação de parentesco com as respectivas declarações de estado civil;
- 8.4.2. Decisão judicial nos casos de menor sob guarda, curatelado, tutelado;
- 8.4.3. Invalidez.
- 8.5. Vindo a falecer o beneficiário titular, os dependentes e agregados já inscritos poderão continuar a participar do Plano, desde que:
- 8.5.1. Apresentem no prazo de 30 (trinta) dias do óbito, declaração de que deseja fazê-lo;
- 8.5.2. Façam a opção entre abrir conta corrente no Banco do Brasil e autorizar que nela seja debitada a contribuição mensal referente ao programa de assistência à saúde; efetuar o pagamento através de ficha de compensação bancária; ou autorizar o desconto no contracheque.
- 8.5.3. Os dependentes terão 30 (trinta) dias após terem sido reconhecidos como pensionistas do beneficiário titular falecido para associarem-se, caso contrário serão excluídos do Plano.
- 8.5.4. Permanecendo no Plano, os pensionistas passarão à condição de beneficiários titulares, sendo-lhes facultada a inscrição de novos dependentes.
- 8.5.5. Os dependentes inscritos antes do falecimento do beneficiário Titular, que não forem reconhecidos pelo **AGU – ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO** na qualidade de pensionistas, poderão permanecer no Plano, na condição de “dependente de instituidor falecido”, respeitados os itens 8.5.1 e 8.5.2, sendo-lhes vedada a inscrição de novos beneficiários, à exceção de filhos recém-nascidos ou recém-adotados, na condição de agregados. A condição de dependente observará o disposto neste Regulamento.

- 8.5.6. Os agregados inscritos antes do falecimento do beneficiário titular poderão permanecer no Plano, na condição de "agregado de instituidor falecido", respeitados os itens 8.5.1 e 8.5.2I, sendo-lhes vedada a inscrição de novos dependentes.
- 8.6. A inscrição do beneficiário titular far-se-á pelo:
- 8.6.1. Preenchimento e assinatura da Declaração de Saúde;
 - 8.6.2. Preenchimento e assinatura da Proposta de Inscrição;
 - 8.6.3. Assinatura do Termo de Anuência e Habilitação para ingresso no plano.
- 8.7. A inscrição do dependente ou agregado far-se-á pelo:
- 8.7.1. Preenchimento e assinatura da Declaração de Saúde;
 - 8.7.2. Preenchimento e assinatura da Proposta de Inscrição;
 - 8.7.3. Assinatura do Termo de Anuência e Habilitação para ingresso no plano;
 - 8.7.4. O beneficiário titular não necessitará responder à Declaração de Saúde para a inscrição de recém-nascido de parto coberto pelo Plano.
- 8.8. Toda inscrição implica na aceitação irrestrita, por parte dos beneficiários (titulares e dependentes), das disposições contidas neste Regulamento.
- 8.9. O Plano oferece cobertura assistencial ao recém-nascido, filho biológico ou adotivo do beneficiário, observadas as seguintes condições:
- 8.9.1. Fica assegurada a inscrição do filho biológico ou adotivo do beneficiário, que possa ser incluído no Plano, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, e que o beneficiário ao qual seja vinculado não esteja cumprindo carências;
 - 8.9.2. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
 - 8.9.3. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pelo plano ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência;
 - 8.9.4. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no Plano;
 - 8.9.5. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela ou guarda;
 - 8.9.6. A inscrição do recém-nascido pelo dependente do Plano observará as condições de elegibilidade previstas neste Regulamento;
 - 8.9.7. O menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário do Plano, ou sob guarda ou tutela, pode ser inscrito em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.
 - 8.9.8. O filho menor de 12 (doze) anos, cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, pode ser inscrito no Plano em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai.
 - 8.9.9. A inscrição de dependente (recém-nascido, menor, adotado e menor sob guarda ou tutela) observará as condições de elegibilidade previstas neste Regulamento.

CLÁUSULA NONA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

9.1. Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, os beneficiários terão cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, serviços auxiliares e exames complementares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mediante o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, conforme preceitua o art. 10 da Lei 9.656/1998, a saber:

9.1.1. COBERTURA AMBULATORIAL

9.1.1.1. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo CFM - Conselho Federal de Medicina;

9.1.1.2. Consultas realizadas dentro do período de 15 (quinze) dias decorridos da consulta inicial serão consideradas como de retorno, ou seja, sem ônus tanto para o beneficiário quanto para ANAFE SAÚDE.

9.1.1.3. Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com a quantidade estabelecida no Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

9.1.1.4. Exames laboratoriais;

9.1.1.5. Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados e indicados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;

9.1.1.6. Exames/procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar;

9.1.1.7. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

9.1.1.8. 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;

9.1.1.9. Radiomoldagem, rádio implante e braquiterapia de alta dosagem;

9.1.1.10. Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

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.

9.1.1.11. Radioterapia ambulatorial;

9.1.1.12. Hemodinâmica ambulatorial, procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica, procedimentos que exijam forma de anestesia diversa local, sedação ou bloqueio.

9.1.1.13. Hemoterapia ambulatorial.

9.1.1.14. Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

9.1.1.15. Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme prescrição do médico assistente.

9.1.1.16. Procedimentos de reeducação e reabilitação física e fisioterapia listados no Rol de Procedimentos de Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme prescrição do médico assistente.

9.1.1.17. Tratamentos básicos em regime ambulatorial, de todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo Código Internacional de Doenças (CID 10), de acordo com as diretrizes estabelecidas no rol vigente à época do evento, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto- infligidas;

9.1.1.18. atendimentos caracterizados como de urgência e emergência;

9.1.1.19. Procedimentos obstétricos e assistência pré-natal, bem como a cobertura de consultas periódicas e exames complementares necessários à assistência ao parto, cirúrgico ou não;

9.1.1.20. Atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, conforme rol vigente à época do evento;

9.1.1.21. Remoção por via terrestre em território brasileiro, 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;

9.1.1.22. Participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, caso haja indicação clínica;

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

9.1.1.24. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial, devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

9.1.1.25. Escleroterapia.

9.1.1.26. Vacinas preventivas, além daquelas constantes no calendário nacional de imunizações.

9.1.2. COBERTURA HOSPITALAR

9.1.2.1. Internações hospitalares, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos de saúde credenciados;

9.1.2.2. Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

9.1.2.3. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação durante o período de internação;

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

9.1.2.5. 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, obedecidos 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;
- b) Que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitando-se a segmentação contratada.

9.1.2.6. Órteses e próteses nacionais ou nacionalizadas, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, desde que comprovada a inexistência de similar nacional, prescritos pelos médicos assistentes, observando o seguinte:

- a) Cabe ao médico assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME (ex: aço, titânio, cerâmica, entre outros) e tipo (ex: cimentado, não cimentado);
- b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela ANAFE SAÚDE, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, conforme Resolução CFM Nº. 1.956/2010, quando disponíveis, dentre aquelas com registro válido junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- c) A ANAFE SAÚDE pode escolher a marca e a procedência do implante a ser coberto, desde que este atenda às especificações determinadas pelo médico assistente;

9.1.2.7. Medicamentos registrados na ANVISA, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente ministrados durante o período de internação hospitalar;

9.1.2.8. Cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

9.1.2.9. Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que

restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

9.1.2.10. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados durante o período de internação e relacionadas com o evento médico;

9.1.2.11. Remoção hospitalar do paciente, por via terrestre, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato em território brasileiro;

9.1.2.12. Acomodação e alimentação fornecidas pelo estabelecimento hospitalar ao acompanhante de pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais e gestantes (antes, durante e após o parto), conforme indicação do médico assistente;

9.1.2.13. Tratamentos básicos em regime de internação, para todos os transtornos psiquiátricos codificados pelo CID, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas;

9.1.2.14. Transplantes de rins, córneas, fígado, coração, pâncreas, medula e transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

9.1.2.15. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio do receptor e do doador, despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, exceto medicamentos de manutenção, bem como despesas com captação, transporte e preservação de órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). 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;

9.1.2.16. Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

9.1.2.17. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, com a utilização de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

9.1.2.18. Quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;

9.1.2.19. Cirurgia refrativa de córnea independente do grau, unilateral ou bilateral;

9.1.2.20. Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent convencional ou quimicamente tratado;

9.1.2.21. Laqueadura em caso de patologia materno com risco de vida e/ou em conformidade com a Lei nº 11.935, de 11/05/2009, e o rol vigente à época dos eventos;

9.1.2.22. Vasectomia em conformidade com a Lei nº 9.263, de 1996 e suas alterações;

9.1.2.23. Procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, a saber:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) Radioterapia de todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos;
- d) Hemoterapia;
- e) Nutrição parenteral ou enteral;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos;
- g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos; e
- j) Procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época dos eventos.

9.1.2.24. Cirurgias cardíacas e hemodinâmicas;

9.1.2.25. Tratamento de complicações de procedimentos não cobertos.

9.1.2.26. Tratamentos de todas as doenças relacionadas no CID 10, respeitadas as coberturas previstas no rol vigente à época do evento.

9.1.2.27. As internações serão processadas mediante expedição de guia de autorização pela ANAFE SAÚDE, excetuando-se os casos de urgência e emergência, nos quais deverão ser observadas as regras específicas prevista neste Regulamento.

9.1.2.28. Internação domiciliar (HOME CARE).

9.1.2.29. Assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, esclarecendo-se que esta se dará a critério do médico assistente.

9.1.3. COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

9.1.3.1. 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, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la, a saber:

9.1.3.1.1. Despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

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

9.1.3.2. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho biológico 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.

9.1.3.3. Cobertura do parto normal realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

9.1.4. COBERTURA PARA SAÚDE MENTAL

9.1.4.1. 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/ 10º Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

9.1.4.2. Entende-se portador de transtorno psiquiátrico identificado o beneficiário que tiver sua capacidade funcional significativamente alterada (incapacitação) em situação instável, do ponto de vista clínico, e, frequentemente, em importante sofrimento psíquico, com possibilidade real de cura com os tratamentos disponíveis na ocasião do evento de reconhecimento, eficazes no restabelecimento de sua capacidade funcional e codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ 10º Revisão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

9.1.4.3. 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.

9.1.4.4. 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 auto infligidas, estão cobertos pelo plano;

9.1.4.5. Atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida e de danos físicos para próprio ou

para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

9.1.4.6. A psicoterapia de crise, entendida como atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental com duração de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, e suas atualizações.

9.1.4.7. 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 diagnosticada 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.

9.1.4.8. 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 de até 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, observadas as seguintes condições:

9.1.4.9. Quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, poderá ser cobrada coparticipação financeira crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 10% (dez por cento), no primeiro mês, 20% (vinte por cento) no segundo mês, 30% (trinta por cento) no terceiro mês, 40% (quarenta por cento) no quarto mês e 50% (cinquenta por cento) a partir do quinto mês, em cada procedimento, tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico efetivamente pago, na forma da regulamentação vigente;

9.1.4.10. Cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes;

9.1.4.11. Cobertura para psicoterapia 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 no Referencial de Honorários Psicológicos da ANAFE SAÚDE, em consonância com a legalidade normativa.

9.1.5. COBERTURA ODONTOLÓGICA

9.1.5.1. O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo(a) cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do(a) paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística,

endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica, e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS e vigentes à época do evento.

Complementarmente, a cobertura odontológica será ampliada, incluindo procedimentos não previstos no rol da ANS e listados no RHOAS - Referencial de Honorários Odontológicos Anafe Saúde do produto Exclusive, disponível no sítio www.anafesaude.com.br.

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

CLÁUSULA DÉCIMA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 10.1. Não são passíveis de cobertura:
 - 10.1.1. Eventos ocorridos em casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas por autoridade competente;
 - 10.1.2. Exames e tratamentos sem justificativa médica ou que não se destinem ao tratamento de doenças, anomalias ou lesões;
 - 10.1.3. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, isto é, aquele que:
 - a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/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 na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
 - 10.1.4. Atendimentos referentes a atos proibidos pelo Código de Ética Médica;
 - 10.1.5. Especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Federal de Odontologia;
 - 10.1.6. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - 10.1.7. Interrupção provocada da gravidez e suas consequências imediatas e tardias;
 - 10.1.8. Exames para piscina e ginástica;
 - 10.1.9. Teste psicotécnico, ginástica, dança, massagem, ducha, ioga, natação e outros esportes;
 - 10.1.10. Tratamento de esterilidade;

- 10.1.11. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- 10.1.12. Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
- 10.1.13. Exames para cirurgia de mudança de sexo, ginecomastia masculina e abortamento provocado e quaisquer outras internações hospitalares, cuja finalidade não seja a de exclusivo controle da saúde;
- 10.1.14. Procedimentos e tratamentos (clínicos, cirúrgicos) de rejuvenescimento para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 10.1.15. Limpeza e tratamento de pele;
- 10.1.16. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, convalescença e suas consequências;
- 10.1.17. Aparelhos estéticos e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos, com a finalidade estética ou para alterações somáticas;
- 10.1.18. Serviços ou tratamentos em locais como: SPA, clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, casos sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 10.1.19. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade (DNA);
- 10.1.20. Despesas com doadores de órgãos, transporte e armazenamento de órgãos para fins de transplante, exceto para casos de rins, córnea, fígado, medula, coração e pâncreas;
- 10.1.21. Cirurgia bariátrica, exceto o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, conforme os ditames da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.766/05, mediante prévia autorização da ANAFE SAÚDE;
- 10.1.22. Cirurgia de mamoplastia que não tenha por finalidade a recuperação de órgãos e funções;
- 10.1.23. Fornecimento de próteses e órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- 10.1.24. Próteses e órteses não implantados cirurgicamente (botas ortopédicas, palmilhas, óculos, lentes de contato, meias elásticas, cintas abdominais, braços e pernas mecânicos etc.), exceto prótese odontológica;
- 10.1.25. Aparelhos auditivos (exceto implante coclear);

- 10.1.26. Despesas com acompanhantes, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas com deficiência ou gestantes (antes, durante e após o parto), salvo contra-indicação justificada pelo médico ou cirurgião-dentista assistente;
- 10.1.27. Despesas com acompanhantes extra-hospitalares (telefonemas, consumo de frigobar, lavanderia, refeições, objetos destruídos ou danificados e outras despesas de caráter pessoal ou particular);
- 10.1.28. Despesas com atendimentos prestados antes do cumprimento dos prazos de carências, salvo em caso de urgência e emergência;
- 10.1.29. Despesas com recém-nascidos que não tenham sido inscritos no Plano após 30 (trinta) dias da data de nascimento;
- 10.1.30. Permanência hospitalar após alta médica;
- 10.1.31. Estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- 10.1.32. Internação em acomodação diferente da definida no Regulamento e todas as despesas adicionais daí consequentes;
- 10.1.33. Internação para checkup;
- 10.1.34. Remoção de pacientes para fora do território nacional;
- 10.1.35. Remoção fluvial, marítima ou aérea e outras que não se enquadrem nos critérios definidos no item 15.5, que trata das remoções;
- 10.1.36. Fornecimento de medicamentos e produtos de saúde para tratamento domiciliar, salvo aqueles utilizados nos tratamentos de neoplasia maligna e AIDS ou em caso de internações domiciliares autorizadas, de acordo com as regras de regulação estabelecidas;
- 10.1.37. Fornecimento de materiais e medicamentos importados não nacionalizados, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- 10.1.38. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CONITEC;
- 10.1.39. Medicamentos utilizados em regime ambulatorial, à exceção de quimioterápicos, antineoplásicos e implantes radioterápicos e assemelhados, utilizados no tratamento específico de neoplasia maligna e da AIDS;
- 10.1.40. Exames admissionais e demissionais, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, doenças ocupacionais e/ou decorrentes de acidentes de trabalho e suas consequências;

- 10.1.41. Necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 10.1.42. Demais procedimentos não relacionados no tema Cobertura e Procedimentos Garantidos;
- 10.1.43. Condicionamento físico, à exceção de paciente cardíaco, por um período de 6 (seis) meses;
- 10.1.44. Tratamento de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas;
- 10.1.45. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência do Plano;
- 10.1.46. Exame para instruir processo judicial;
- 10.1.47. Exames preparatórios para realização de procedimentos não cobertos;
- 10.1.48. Conforme artigo 14 da RN n. 465 assevera que nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais, é obrigatória a cobertura dos procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e seus Anexos, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

§ 1º Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

§ 2º Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
- 10.1.49. Medicina de família e comunidade;
- 10.1.50. Medicina do tráfego;
- 10.1.51. Medicina esportiva;
- 10.1.52. Medicina legal;
- 10.1.53. Uso odontológico de metais nobres
- 10.1.54. Clareamento dentário;
- 10.1.55. Aparelho Ortodôntico Invisalign;
- 10.1.56. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

10.1.57. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

11.1. Individual (quarto privativo)

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DURAÇÃO DO CONTRATO

- 12.1. O prazo de vigência é indeterminado.
- 12.2. Considerar-se-á, para início do prazo de vigência do plano, objeto deste documento, a data de assinatura deste regulamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 13.1. Não será exigido o cumprimento de carências se:
 - 13.1.1. A inscrição do beneficiário ocorrer em até 30 (trinta) dias da data de início de operação do Plano, registro deste regulamento em 01/11/2022;
 - 13.1.2. O beneficiário e seus dependentes se vincularem à CONTRATANTE após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do contrato coletivo;
 - 13.1.3. O beneficiário atender às condições exigidas pela RN/ANS 438 (e atualizações) que dispõe sobre a portabilidade de carências.
- 13.2. Para os casos restantes, a prestação de assistência à saúde somente será disponibilizada após o vencimento dos prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.
- 13.3. Os prazos de carência são contados a partir da data da confirmação da inscrição do beneficiário no Plano.
- 13.4. Na assistência médico-hospitalar, os prazos de carência são:
 - a) 24 (vinte e quatro) horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
 - b) 30 (trinta) dias para consultas;
 - c) 180 (cento e oitenta) dias para internações em geral;
 - d) 180 (cento e oitenta) dias para internação domiciliar;
 - e) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos e
 - f) 300 (trezentos) dias para partos a termo.
- 13.5. Na assistência odontológica, os prazos de carência são:
 - a) 24 (vinte e quatro) horas para o atendimento de urgência e emergência;
 - b) 180 (cento e oitenta) dias para consultas e procedimentos preventivos; e
 - c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos odontológicos.

- 13.6. Fica assegurada a inscrição do filho biológico ou adotivo do beneficiário, que possa ser incluído no plano de saúde, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, e que o beneficiário ao qual seja vinculado não esteja cumprindo carências
- 13.7. Caso o beneficiário, ao inscrever-se no Plano, esteja vinculado ao programa ou Plano de saúde com cobertura similar e deseje ser exonerado do cumprimento total ou parcial de carências, proceder-se-á ao seguinte:
 - 13.7.1. Beneficiário apresentará à administração do Plano requerimento e documentação completa do programa/Plano de assistência à saúde ao qual se encontra vinculado;
 - 13.7.2. A administração do Plano efetuará avaliação do caso e emitirá, em no máximo 10 (dez) dias úteis, parecer detalhado sobre a possibilidade de dispensa de cumprimento de carência total ou parcial, considerando, sobretudo, à similaridade da cobertura assistencial e a rede de serviços do Plano, podendo ser exigido exame médico pré-admissional;
 - 13.7.3. Será formulado contrato específico para o caso, no qual constarão item por item as carências dispensadas e as não dispensadas.
- 13.8. Para que as carências já cumpridas em outros planos de saúde possam ser aceitas não será admitido interregno entre a data de saída do outro plano de origem e a data de inscrição no Plano.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 14.1. O beneficiário (titular, dependente ou agregado familiar) informará a ANAFE SAÚDE, quando expressamente solicitado, por meio de Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes no momento da adesão ao Plano, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão.
- 14.2. Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei 9656/1998, o inciso IX do art. 4º. da Lei no. 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas pela Resolução Normativa ANS no. 162/2007.
- 14.3. Entende-se por Cobertura Parcial Temporária (CPT) a suspensão parcial ou integral, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de adesão ao plano privado de assistência à saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas.
- 14.4. Agravo é qualquer acréscimo no valor da mensalidade paga a ANAFE SAÚDE para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura assistencial contratada para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência estabelecidos neste Regulamento.

- 14.5. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor e período de vigência do Agravo.
- 14.6. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária (CPT), A ANAFE SAÚDE somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à doença ou lesão preexistente.
- 14.7. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, disponível no sítio eletrônico www.ans.gov.br.
- 14.8. Decorridos 24 (vinte e quatro) meses de adesão ao Plano, a cobertura à doença ou lesão preexistente será integral, cessando-se a Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- 14.9. É vedada alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela ANAFE SAÚDE, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 14.10. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias na hipótese de recém-nascido, menor de 12 (doze) anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento da paternidade;
- 14.11. Na hipótese da não inscrição no prazo previsto no item 13.10, poderá ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

14.12. **Da Declaração de Saúde**

14.12.1. A ANAFE SAÚDE disponibilizará os formulários de Declaração de Saúde, atendendo ao disposto na Resolução Normativa ANS no. 162, de 17.10.2007, a fim de que o titular possa relacionar, no momento da adesão ao Plano, por si, seus dependentes e agregado familiares, todas as doenças e lesões preexistentes de que sabia ser portadores, sob pena de sua omissão ser caracterizada como fraude;

14.12.2. O beneficiário ou representante legal é obrigado a informar a ANAFE SAÚDE, no ato da sua inclusão, quando solicitado, a condição sabida de lesão ou doença preexistente, antes da assinatura da proposta de inscrição, sob pena de imputação de fraude sujeito à suspensão ou exclusão do Plano, e indenização por eventuais prejuízos;

14.12.3. É facultado a ANAFE SAÚDE o direito de examinar ou periciar quaisquer dos beneficiários para fins de identificação de lesões ou doenças preexistentes;

14.12.4. A ANAFE SAÚDE reserva-se o direito de comprovar, nos termos e pelos meios permitidos por lei, a existência de doença e/ou lesão preexistente que acomete o beneficiário inscrito no presente Plano;

14.12.5. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário ou do representante legal, a existência

de doença ou lesão que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a ANAFE SAÚDE oferecerá ao beneficiário Cobertura Parcial Temporária (CPT);

14.12.6. Caso a ANAFE SAÚDE não ofereça Cobertura Parcial Temporária (CPT) no momento da adesão ao Plano, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária (CPT). Identificado indício de fraude por parte de beneficiário referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da adesão ao Plano, a ANAFE SAÚDE comunicará o fato imediatamente por meio de Termo de Comunicação ao Beneficiário, e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS para julgamento de informação de omissão na Declaração de Saúde ou após recusa do beneficiário às opções de Cobertura Parcial Temporária (CPT);

14.12.7. Caso o beneficiário não concorde com a alegação de que omitiu a informação na Declaração de Saúde sobre a existência de doença ou lesão preexistente, deverá responder a notificação da ANAFE SAÚDE no prazo de até 10 (dez) dias, contados do recebimento da notificação a fim de que a ANAFE SAÚDE possa encaminhar toda documentação à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS que fará o julgamento administrativo da procedência da alegação;

14.12.8. Instaurado o processo administrativo na ANS, ao ANAFE SAÚDE caberá o ônus da prova;

14.12.9. A ANAFE SAÚDE poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença ou lesão preexistente;

14.12.10. Até a publicação, no Diário Oficial da União, pela ANS do encerramento do processo administrativo, não será permitida negativa do atendimento ao beneficiário, assim como a sua suspensão ou mesmo exclusão do Plano;

14.12.11. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação;

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

14.12.13. Após o julgamento, e acolhida, pela ANS, a alegação da ANAFE SAÚDE o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente;

14.12.14. Sendo o julgamento final favorável a ANAFE SAÚDE, apenas o beneficiário que foi parte no respectivo processo será excluído do Plano. No caso de excluído ser o titular, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do Plano.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 15.1. Para efeito da cobertura assistencial prevista neste Regulamento, considera-se:
- 15.1.1. Urgência é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional;
 - 15.1.2. 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 independente de toda e qualquer causa, torne necessário o tratamento médico;
 - 15.1.3. Emergência é o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 15.2. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, limitadas às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência, em regime ambulatorial. O atendimento de urgência e emergência, durante o período de carência, será garantido até as primeiras 12 (doze) horas, em ambulatório, sendo que:
- 15.2.1. No caso de necessidade de internação (mesmo em tempo menor do que 12 (doze) horas ou se a permanência em ambiente ambulatorial superar esse período, cessará o ônus da ANAFE SAÚDE, passando a responsabilidade financeira ao beneficiário ou seu representante legal;
 - 15.2.2. Caso não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário ou seu representante legal e o prestador de serviços deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, ao ANAFE SAÚDE, desse ônus;
 - 15.2.3. Despesas com remoção, em ambulância, com os recursos necessários para garantir a manutenção da vida do beneficiário para outro estabelecimento de saúde credenciado ou para uma unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
 - 15.2.4. Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação;
- 15.3. A ANAFE SAÚDE garantirá ainda o atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, 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 (PAC) relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes;

- 15.4. O atendimento decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridos 24 (vinte e quatro) horas da data de inscrição no Plano, inclusive para os casos que evoluírem para internação.

15.5. Remoção

- 15.5.1. O Plano oferece cobertura de remoção terrestre em ambulância, em todo o território nacional, para os casos de internação hospitalar ou em decorrência desta, quando devidamente comprovada a impossibilidade real de locomoção do paciente, documentada em relatório médico.
- 15.5.2. As modalidades de remoção cobertas pelo Plano são as seguintes:
- a) Em ambulância simples com acompanhamento médico facultativo, na dependência de justificativa; e
 - b) Em ambulância de serviços de tratamento semi-intensivo com acompanhamento médico para casos de pacientes gravemente enfermos, internados em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, ou Unidade Intermediária - UI, e/ou em uso de equipamentos médico-hospitalares.
- 15.5.3. As remoções poderão ocorrer:
- a) Entre hospitais ou clínicas credenciadas, nos casos de realização de exames complementares e/ou outros procedimentos não disponíveis no estabelecimento de origem ou para transferir definitivamente o paciente para outra clínica/hospital, por falta de condições técnicas e deficiências de serviços;
 - b) De serviços não credenciados para a rede credenciada, desde que mantida a internação;
 - c) De hospital/clínica para residência do beneficiário, caso haja comprovadamente impossibilidade total do paciente locomover-se por meios próprios e ainda quando a alta hospitalar estiver dependendo da remoção;
 - d) Da residência para o hospital/clínica credenciada, apenas quando houver comprovada impossibilidade de o paciente locomover-se por meios próprios e se o paciente permanecer internado após atendimento no hospital/clínica;
 - e) Para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade da prestação de assistência, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizado, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a permanência do paciente, só cessando a responsabilidade do Plano sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 15.6. Nos casos previstos anteriormente em que a remoção terrestre em ambulância não for possível em decorrência da distância e da ausência de capacidade de dar continuidade ao atendimento, naquela localidade, devido às condições clínicas do paciente, o Plano garantirá a transferência intra-hospitalar aérea para o município

mais próximo com capacidade de atendimento, por meio da contratação direta de prestadores, desde que atenda as seguintes condições:

- a) Não exista possibilidade de prestar o atendimento no município em que ocorreu a doença ou agravo à saúde;
 - b) Que a transferência seja de um hospital de menor recurso para um com capacidade de atendimento;
 - c) Que existam condições técnicas, definidas em legislação específica, para o transporte aeromédico;
 - d) Que exista autorização expressa para a transferência emitida pelo médico assistente; e
 - e) Que exista vaga garantida para a internação no hospital de destino.
- 15.7. Será garantida a remoção intra-hospitalar do paciente dentro dos limites do território nacional, via terrestre, comprovadamente necessária e mediante manifestação do médico assistente, e prévia autorização da ANAFE SAÚDE, exceto para os casos de urgência e emergência;
- 15.8. Será garantida remoção terrestre para hospital credenciado ou conveniado da rede do SUS (ambulância simples ou por Unidade de Terapia Intensiva móvel) e o transporte entre estabelecimentos hospitalares, dentro do território nacional, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos de beneficiário que esteja cumprindo período de carência para internação.
- 15.9. A cobertura de remoção será garantida depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade hospitalar para continuidade do atendimento ao paciente ou pela necessidade de internação, para os beneficiários que estiverem cumprindo carência.
- 15.10. Quando não puder haver remoção por risco de morte ou que o beneficiário esteja cumprindo período de carência, ele ou seu representante legal e o prestador do atendimento, deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a ANAFE SAÚDE desse ônus.
- 15.11. Caberá a ANAFE SAÚDE o ônus e a responsabilidade da remoção do beneficiário para a unidade do SUS, que disponha de recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.
- 15.12. A ANAFE SAÚDE disponibilizará ambulância com os recursos necessários para garantia da manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário, quando efetuado o registro na unidade SUS.
- 15.13. Quando o beneficiário ou seu representante legal optar, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item anterior, a ANAFE SAÚDE estará desobrigado da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.
- 15.14. Fica assegurada a cobertura para atendimentos de urgência e emergência de todos os procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos.

15.15. Reembolso

15.15.1. Caberá ao beneficiário o direito ao reembolso integral decorrente de atendimento em regime eletivo ou em casos de urgência e emergência, observadas as seguintes condições:

15.15.1.1. 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;

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

15.15.1.3. 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 à qual faz parte o município.

15.16. Para fins de reembolso, o associado titular deverá apresentar à ANAFE SAÚDE 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:

15.16.1. Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação da consulta, nome e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento.

15.16.2. 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 e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.

15.16.3. Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.

15.16.4. 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, vinculados ao laudo médico, nome e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

- 15.16.5. Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome e código 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).
- 15.17. Não haverá reembolso diferenciado por prestador.
- 15.18. A ANAFE SAÚDE efetuará o depósito do valor de reembolso em conta bancária do associado titular, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da apresentação de todos os documentos ou na conta corrente bancária de titularidade de outro beneficiário, mediante autorização formal do associado titular, contendo firma reconhecida.
- 15.19. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a ANAFE SAÚDE poderá solicitar ao associado titular documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado, o que acarretará novo prazo de 15 (quinze) dias úteis da data da juntada dos novos documentos e informações.
- 15.20. Caso não haja apresentação de documentos ou informações complementares no prazo de 15 (quinze) dias úteis, o processo de reembolso será devolvido ao associado titular.
- 15.21. A ANAFE SAÚDE se reserva o direito de comparar os valores apresentados para fins de reembolso com aqueles pagos para a realização de procedimentos idênticos ou similares.
- 15.22. Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de até 12 (doze) meses contados da data de cada evento ou após a alta hospitalar, sob pena de prescrição de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 16.1. Os beneficiários do Plano serão atendidos por profissionais ou estabelecimentos de saúde — escolhidos com base disponível no sítio www.anafesaude.com.br mediante a apresentação de cartão personalizado do Plano, acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais e, quando necessário e da apresentação senha de atendimento para cada evento;
- 16.2. Ao utilizar a rede credenciada ou contratada, o beneficiário não fará qualquer desembolso referente aos serviços formalmente contratados, cabendo a ANAFE SAÚDE efetuar o pagamento diretamente ao credenciado ou contratado, em nome e por sua conta e ordem;
- 16.3. A lista de prestadores de serviço será atualizada periodicamente, podendo ocorrer inclusões e/ou exclusões a qualquer tempo, sem prévio aviso;

16.4. São mecanismos de regulação adotados pela ANAFE SAÚDE:

16.4.1. Perícia Prévia: Exame médico-pericial, com a subsequente emissão do laudo pericial circunstanciado, antecedendo à realização do procedimento solicitado e para seu correto enquadramento de acordo com as normas e benefícios oferecidos pelo Plano;

16.4.1.1. A perícia prévia será realizada em todas as situações nas quais exista a necessidade de avaliar a finalidade reparadora do procedimento (exceto nos casos de urgência), de acordo com os benefícios oferecidos pelo Plano;

16.4.2. Autorização Prévia: Análise da solicitação de procedimentos que, para sua realização, necessitem de autorização da ANAFE SAÚDE. Nesse caso será garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 3 (três) dia(s) úteis, a partir do momento da solicitação; ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência;

16.4.3. Coparticipação: Parcela desembolsada pelo beneficiário titular de valor percentual referente a determinado procedimento ou evento em saúde realizado pelo beneficiário;

16.5. Mecanismos de Regulação – Exames / Procedimentos / Terapias

16.5.1. A ANAFE SAÚDE adotará autorização prévia para a realização dos seguintes exames e procedimentos especiais, exceto para os casos de urgências e emergências:

- a) Medicina Nuclear (IN VIVO);
- b) Tomografia Computadorizada;
- c) Ressonância Magnética;
- d) Radioterapia;
- e) Quimioterapia;
- f) Diálise e Hemodiálise;
- g) Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais;
- h) Cardiologia Intervencionista;
- i) Fisioterapia ambulatorial;
- j) Acupuntura;
- k) Psicoterapias;
- l) Fototerapia;
- m) Genética.

16.6. Será necessária perícia prévia e/ou autorização prévia sobre os procedimentos quando:

- a) Houver necessidade de garantir que qualquer órgão ou estrutura anatômica não seja exposto a algum procedimento, além do que cientificamente indicado e seguro para o paciente, de acordo com os padrões médico-científicos aceitos e benefícios oferecidos pelo Plano;
- b) Forem identificadas distorções ou alterações significativas entre os procedimentos solicitados e os índices de saúde no perfil da população assistida pelo Plano;

- c) Houver a necessidade de a solicitação apresentada adequar-se à correta utilização dos benefícios oferecidos pelo Plano, de acordo com o quadro clínico apresentado pelo beneficiário;

16.7. Mecanismos de Regulação de Internações Hospitalares

16.7.1. As internações hospitalares, clínicas ou cirúrgicas, bem como as despesas a elas vinculadas (sala de operação, instrumental cirúrgico, curativos, alimentação especial, medicamentos de alto custo, órteses, próteses e materiais especiais, remoção intra-hospitalar, entre outros gastos necessários) e os tratamentos clínicos, deverão ser previamente autorizados pela ANAFE SAÚDE (excetos casos de urgência e emergência), mediante apresentação pelo beneficiário de relatório firmado pelo médico assistente, contendo indicação do diagnóstico, complicações, terapêutica adotada e prognóstico quanto à sua duração;

16.7.2. Se a documentação não contiver todos os dados que permitam análise conclusiva para liberação da senha de autorização (no caso de cirurgias eletivas), a ANAFE SAÚDE poderá solicitar ao beneficiário ou ao médico assistente documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser realizado;

16.7.3. O prazo de internação, fixado pela ANAFE SAÚDE, constará da senha de autorização e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos, para fins de controle.

16.7.4. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o médico assistente ou o hospital deverá apresentar a ANAFE SAÚDE laudo conclusivo e fundamentado, indispensável para exame e deliberação da correspondente cobertura;

16.7.5. Caso o beneficiário continue hospitalizado após a alta hospitalar, passarão a correr inteiramente por sua conta, a partir de então, todas as despesas decorrentes da internação;

16.7.6. A ANAFE SAÚDE poderá solicitar ao beneficiário que solicite ao médico assistente maiores subsídios técnicos acerca da indicação para os procedimentos requisitados;

16.7.7. A ANAFE SAÚDE não autorizará a realização de internações, quando requisitadas na véspera de procedimentos eletivos, salvo quando a situação clínica do paciente assim o exigir;

16.7.8. As internações realizadas em caráter de emergência ou urgência deverão ser comunicadas a ANAFE SAÚDE até o 1º (primeiro) dia útil subsequente, mediante o histórico do caso, fundamentado em declaração firmada pelo médico assistente, a fim de que seja emitida a senha de autorização correspondente, sob pena de não cobertura das despesas;

16.7.9. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede credenciada;

16.7.10. No caso de implante, a prótese ou a órtese somente poderá ser incluída na fatura mediante prévia solicitação e autorização;

16.7.11. As despesas extraordinárias não previstas neste regulamento e não sujeitas à cobertura assistencial, tais como, todavia, não limitadas a estas: telefonemas, frigobar, descartáveis de uso pessoal, preparo do corpo pós- morte e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar, deverão ser pagas diretamente pelo beneficiário, não sendo passíveis de reembolso pela ANAFE SAÚDE.

16.8. Mecanismos de Regulação - Odontologia

16.8.1. A ANAFE SAÚDE adotará autorização prévia, auditoria documental e à perícia para a realização dos seguintes e procedimentos, exceto para os casos de urgências e emergências:

- a) Odontopediatria;
- b) Endodontia;
- c) Prótese dentária;
- d) Cirurgia e traumatologia buco-maxilo faciais;
- e) Implantodontia;
- f) Ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares;

16.9. Mecanismos de regulação – redimensionamento da rede credenciada

16.9.1. A ANAFE SAÚDE reserva-se o direito de redimensionar sua rede hospitalar (ampliação, redução ou substituição) nos termos da legislação vigente.

16.9.2. No caso de substituição da rede hospitalar por outro equivalente, a ANAFE SAÚDE comunicará previamente os beneficiários na forma do que dispõe artigo 17 da Lei no. 9.656/1998.

16.9.3. O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será efetuado após autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

16.9.4. Na hipótese de descredenciamento por iniciativa de prestador de serviços, os beneficiários terão o direito de prosseguir o seu tratamento com qualquer outro profissional ou estabelecimento de serviços de saúde, integrantes da rede credenciada da ANAFE SAÚDE;

16.9.5. Caso ocorra o descredenciamento de estabelecimento hospitalar durante a internação, os beneficiários permanecerão internados, até a regular alta hospitalar, sendo certo que as despesas correrão por conta da ANAFE SAÚDE;

16.9.6. Em caso de descredenciamento de estabelecimento hospitalar em virtude de cometimento de infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a ANAFE SAÚDE responsabilizar-se-á pela transferência imediata do beneficiário hospitalizado para outro estabelecimento equivalente, sem qualquer ônus adicional.

16.10. Mecanismos de regulação – divergência médica ou odontológica

- 16.10.1. As divergências de natureza médica ou odontológica sobre solicitações de cobertura de exames, procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento e internações serão dirimidos por junta médica ou odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo beneficiário, outro pela ANAFE SAÚDE e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, realizada em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN n. 424, de 26 de junho de 2017, e suas alterações, da ANS;
- 16.10.2. Não havendo consenso sobre a escolha do médico desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades médicas reconhecidas pelo Conselho Regional de Medicina do estado onde resida o beneficiário;
- 16.10.3. Cada uma das partes pagará os honorários e despesas que nomear, quando não credenciado, sendo que os do terceiro desempatador serão pagos pela ANAFE SAÚDE, conforme previsto no artigo 4º., parágrafo V, da Resolução CONSU no. 8, de 3.11.1998.
- 16.10.4. Orientações quanto a eventuais dúvidas a respeito da cobertura assistencial poderão ser obtidas pelo sítio www.anafesaude.com.br ou pelo telefone 0800 286 2204.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

- 17.1. Este Plano tem a sua formação de preço preestabelecida cujo valor da mensalidade é calculado antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas;
- 17.2. A assinatura da ficha de inscrição implica em imediata autorização para desconto em folha de pagamento e/ou conta corrente das mensalidades relativas ao beneficiário titular, seus dependentes e agregados familiares inscritos no Plano, podendo ainda ser cobradas por meio de boleto bancário;
- 17.3. O beneficiário titular é o responsável pela inscrição, desligamento e pagamento das mensalidades, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos seus dependentes e agregados;
- 17.4. O beneficiário titular poderá solicitar o desmembramento da(s) mensalidade(s) para que seja(m) cobrada(s) diretamente de seu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) mediante preenchimento de formulário específico e autorização expressa firmada pelos beneficiários a ele vinculados, não deixando, porém, de responder solidariamente pela quitação do(s) débito(s) perante a ANAFE SAÚDE;
- 17.5. Os valores pagos em atraso serão acrescidos de encargos financeiros na ordem de 2% (dois por cento) de multa e juros de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, atualizados monetariamente com base na variação do INPC;
- 17.6. O pagamento das mensalidades de determinado mês não quita débitos anteriores;
- 17.7. O recebimento pela ANAFE SAÚDE das mensalidades em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação;

- 17.8. O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos e tampouco dá direito a descontos;
- 17.9. Correrá por conta do beneficiário titular a despesa pela emissão de segunda via da carteira de identificação;
- 17.10. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Plano e aqueles a este já vinculados.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – REAJUSTE

- 18.1. Os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, no mês de novembro, independentemente da data de inclusão de beneficiários, sem prejuízo da atualização das variações do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária e migração, as quais continuarão a ser feitas na condição e na forma previstas neste Regulamento;
- 18.2. O valor da mensalidade e a tabela de valores para novas inscrições serão reajustadas anualmente, de acordo com deliberação da Assembleia Nacional dos beneficiários, cujo índice será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, considerado o mês de inscrição no Plano, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados;
- 18.3. Para fins de aplicação desta cláusula, considera-se reajuste qualquer variação positiva na mensalidade, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-actuarial do Plano;
- 18.4. No reajuste da mensalidade será também considerada a variação da população (distribuição por sexo e faixa etária), que possa indicar alteração do perfil técnico actuarial da carteira de beneficiários, visando o equilíbrio econômico-financeiro do Plano, sem prejuízo da periodicidade anual estabelecida na Resolução Normativa ANS no. 195/2009 e suas alterações;
- 18.5. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do Plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de preenchimento da ficha de inscrição, observado o mesma forma prevista para definição do valor da mensalidade e da tabela de valores para novas inscrições .

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FAIXAS ETÁRIAS

19.1. São as seguintes as faixas etárias adotadas pelo Plano:

- a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade, com variação de 13,63% superior à anterior;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade, com variação de 22,19% superior à anterior;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos, com variação de 22,03% superior à anterior;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade, com variação de 10,00% superior à anterior;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade, com variação de 11,75% superior à anterior;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade, com variação de 17,06% superior à anterior;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade, com variação de 20,34% superior à anterior;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade, com variação de 29,58% superior à anterior;
- j) 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais, com variação de 55,98% superior à anterior.

19.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

19.3. A variação do valor da contraprestação pecuniária não poderá atingir beneficiário com mais de 60 (sessenta) anos de idade que participa do mesmo Plano ou sucessor;

19.4. A variação do valor da mensalidade em razão da faixa etária somente incidirá quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - BÔNUS - DESCONTOS

Não há.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1. Determinam a exclusão do beneficiário, sem direito à devolução de contribuições pagas, compensação ou indenização de qualquer natureza:

21.1.1. A declaração de vontade do beneficiário titular, formalizada por escrito, ou por intermédio dos canais eletrônicos ou Central de atendimento, com a devolução das carteiras de identificação de todo o grupo familiar;

21.1.2. O falecimento do beneficiário;

21.1.3. Perda de vínculo com a ANAFE - Associação Nacional dos Advogados Públicos Federais;

21.1.4. Perda de vínculo de dependência, exceção feita ao caso de substituto agregado;

- 21.1.5. O atraso de pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, referente às contribuições e/ou valores devidos a ANAFE SAÚDE;
- 21.1.6. A prática de fraude, omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da ficha de inscrição;
- 21.1.7. Prática de infrações pelo beneficiário com a finalidade de obter vantagem ilícita, para si ou para outrem.
- 21.2. Em qualquer das situações anteriormente relacionadas, caberá ao beneficiário titular a responsabilidade pelo ressarcimento ANAFE SAÚDE de quantias indevidamente pagas em função de utilização indevida das coberturas assistências após o desligamento do Plano;
- 21.3. Sem prejuízo das sanções previstas neste Regulamento, será cobrada taxa adicional de 10% (dez por cento), incidente sobre os valores dos serviços, dos materiais e de todas as outras despesas relacionadas com o evento irregularmente arcado pela ANAFE SAÚDE a título de multa penal;
- 21.4. O desligamento do beneficiário titular implicará o desligamento de todo o seu grupo familiar, salvo em caso de falecimento;
- 21.5. 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, 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;
- 21.6. O uso indevido da cobertura assistencial do Plano por parte de dependente ou agregado é de responsabilidade do beneficiário titular ao qual se encontra vinculado, a quem caberá assumir integralmente as despesas decorrentes de utilização indevida, acrescidos de taxa administrativa na ordem de 2% (dois por cento), fora encargos financeiros;
- 21.7. Ao beneficiário excluído por falta de pagamento de suas obrigações financeiras será permitido novo ingresso no Plano, por meio de preenchimento e assinatura de ficha de inscrição, desde que não restem débitos junto a ANAFE SAÚDE referentes à utilização da cobertura assistencial que lhe foi oferecida, sendo necessário o cumprimento de novos prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária;
- 21.8. Cabe recurso à Diretoria da ANAFE SAÚDE, conforme a origem, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de conhecimento da decisão quanto à exclusão do dependente ou agregado, sem efeito suspensivo;
- 21.9. 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – LIVRE ESCOLHA

- 22.1. Na modalidade de livre-escolha, o beneficiário utiliza-se dos serviços de profissionais e de estabelecimentos não credenciados conforme as coberturas assistenciais garantidas pelo Plano, pagando-lhes diretamente as despesas que serão, posteriormente, reembolsadas pela ANAFE SAÚDE, até o limite previsto nos referenciais de Reembolso utilizados pelo Plano, disponíveis para consulta no sítio <https://www.anafesaude.com.br/portal-do-beneficiário>.
- 22.2. Referenciais para Reembolso
- 22.2.1. RHMAS - Referencial de Honorários Médicos da Anafe Saúde;
 - 22.2.2. RHOAS - Referencial de Honorários Odontológicos Anafe Saúde;
 - 22.2.3. RVAS - Referencial de Vacinas Anafe Saúde;
 - 22.2.4. RHTOAS - Referencial de Honorários de Terapia Ocupacional Anafe Saúde;
 - 22.2.5. RHPAS - Referencial de Honorários Psicológicos Anafe;
 - 22.2.6. RHNAS - Referencial de Honorários de Nutrição Anafe Saúde;
 - 22.2.7. RHFOAS - Referencial de Honorários de Fonoaudiologia Anafe Saúde;
 - 22.2.8. RHFIAS - Referencial de Honorários de Fisioterapia da Anafe Saúde;
 - 22.2.9. RHAAS - Referencial de Honorários de Acupuntura Anafe Saúde;
 - 22.2.10. RHMEAS - Referencial de Honorários de Métodos Especiais Anafe Saúde.
- 22.3. Para fins de reembolso, o associado titular deverá apresentar à ANAFE SAÚDE 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:
- 22.3.1. Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação da consulta, nome e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para o mesmo evento.
 - 22.3.2. 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 e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.
 - 22.3.3. Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível e data da realização do evento.
 - 22.3.4. 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, vinculados ao laudo médico, nome e código do paciente, valor cobrado, valor de desconto,

quando houver, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

22.3.5. Internação: nota fiscal e respectivo comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome e código 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).24.2

- 22.4. Não haverá reembolso diferenciado por prestador.
- 22.5. A ANAFE SAÚDE efetuará o depósito do valor de reembolso em conta bancária do associado titular, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da apresentação da apresentação de todos os documentos ou na conta corrente bancária de titularidade de outro beneficiário, mediante autorização formal do associado titular, contendo firma reconhecida.
- 22.6. Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a ANAFE SAÚDE poderá solicitar ao associado titular documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado, o que acarretará novo prazo de 15 (quinze) dias úteis da data da juntada dos novos documentos e informações.
- 22.7. Caso não haja apresentação de documentos ou informações complementares no prazo de 15 (quinze) dias úteis, o processo de reembolso será devolvido ao associado titular.
- 22.8. A ANAFE SAÚDE se reserva o direito de comparar os valores apresentados para fins de reembolso com aqueles pagos para a realização de procedimentos idênticos ou similares.
- 22.9. Para fins de reembolso, o beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de até 12 (doze) meses contados da data de cada evento ou após a alta hospitalar, sob pena de prescrição de direito.
- 22.10. As despesas reembolsadas obedecerão aos valores previstos nos referenciais de Reembolso da ANAFE SAÚDE, não podendo ultrapassar, em hipótese nenhuma, os valores registrados na Nota Fiscal e pagos pelo beneficiário;

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

23.1. O encerramento do plano de saúde se dará de acordo com o Estatuto Social da ANAFE SAÚDE, respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1. Fazem parte deste Regulamento, a ficha de inscrição e anexos, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, que são disponibilizados aos beneficiários titulares, devendo estes dar conhecimento aos seus dependentes e agregados;

- 24.2. Sempre que solicitado pelo beneficiário titular será fornecido exemplar deste Regulamento que configura documento que detalha os termos e condições estabelecidos entre as partes.
- 24.3. Nenhuma responsabilidade caberá a ANAFE SAÚDE por atos culposos, dolosos ou acidentais que acusem danos à saúde do beneficiário titular, de seus dependentes e agregados provocados por profissionais ou instituições prestadoras de serviços médico-hospitalares escolhidos livremente, não pertencentes à rede credenciada;
- 24.4. A Diretoria Executiva da ANAFE SAÚDE expedirá normas complementares visando à operacionalização deste Regulamento;
- 24.5. A nomenclatura médica de doenças a que se refere este Regulamento segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão – CID 10 da Organização Mundial da Saúde;
- 24.6. As partes acordam que a mudança de Plano poderá ser solicitada pelo beneficiário titular a cada 12 meses, constituindo-se causa para novo Plano, sendo que esta mudança só poderá ocorrer na data de aniversário da data de inscrição/inclusão;
- 24.7. O beneficiário titular não poderá participar de Plano com cobertura assistencial inferior ao de seus dependentes e agregados familiares.
- 24.8. Quando da transferência do beneficiário titular, dependentes e agregados para um Plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do Plano anterior, cabendo aos beneficiários cumprir com as carências estipuladas pela ANAFE SAÚDE para os novos benefícios;
- 24.9. O beneficiário que optar por internação hospitalar em acomodação superior ao 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;
- 24.10. Conforme o disposto pela Resolução Normativa – Nº. 255, de 18 de maio de 2011, e Resolução Normativa 21, de 12 dezembro de 2002, ambas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o envio de informações relativas à assistência à saúde prestada aos beneficiários de Planos privados de assistência à saúde são de responsabilidade da ANAFE SAÚDE, por meio de seu Coordenador Médico de Informações em Saúde, devidamente cadastrado junto à ANS, que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia do sigilo médico das informações dos beneficiários.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - ELEIÇÃO DE FORO

Fica eleito o foro do domicílio do beneficiário titular para dirimir eventuais conflitos decorrentes da interpretação e aplicação deste Regulamento.