



ANS 416584

**Regulamento  
do  
FUPS  
CoPARTICIPATIVO**

## ÍNDICE

<i>CAPÍTULO I – Das Contratantes</i> .....	2
Seção I – Da qualificação da Operadora de Plano de Saúde .....	2
Seção II – Da qualificação das Contratantes .....	2
<i>CAPÍTULO II – Das características do Plano</i> .....	3
Seção I – Do Plano de Saúde .....	3
<i>CAPÍTULO III – Dos Beneficiários Elegíveis</i> .....	4
Seção I – Dos beneficiários.....	4
Seção II – Das condições de permanência para o Beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado .....	5
Seção III – Das condições da perda da qualidade de beneficiário .....	6
<i>CAPÍTULO IV – Coberturas Garantidas</i> .....	8
Seção I – Da cobertura ambulatorial.....	8
Seção II – Da cobertura hospitalar com obstetrícia .....	10
<i>CAPÍTULO V – Das Exclusões de Cobertura</i> .....	14
<i>CAPÍTULO VI – Dos períodos de carência</i> .....	17
<i>CAPÍTULO VII – Das doenças e lesões pré-existentes</i> .....	18
<i>CAPÍTULO VIII – Da urgência e emergência</i> .....	19
Seção I – Dos critérios para reembolso .....	20
<i>CAPÍTULO IX – Dos mecanismos de regulação</i> .....	21
Seção I – Acesso à rede credenciada .....	21
Seção II – Da identificação dos Beneficiários .....	22
Seção III – Da coparticipação .....	22
Seção IV – Da necessidade de liberação prévia .....	23
Seção V – Da perícia prévia.....	24
<i>CAPÍTULO X – Da formação do preço da contribuição mensal</i> .....	26
Seção I – Da formação do preço da contribuição mensal .....	26
Seção II – Das faixas etárias.....	26
Seção III – Da reserva, dos fundos e das provisões .....	27
Seção IV – Pagamento da contribuição mensal e coparticipações .....	28
<i>CAPÍTULO XI – Das correções da contribuição mensal</i> .....	29
Seção I – Do reajuste.....	29
Seção II – Do reajuste por aumento da sinistralidade .....	29
<i>CAPÍTULO XII – Da rescisão</i> .....	30
<i>CAPÍTULO XIII – Das disposições Gerais</i> .....	31
<i>CAPÍTULO XIV – Eleição de Foro</i> .....	32
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	33

## **CAPÍTULO I – Das Contratantes**

### **Seção I – Da qualificação da Operadora de Plano de Saúde**

Art. 1º - ASSOCIAÇÃO FUNDO DE PROTEÇÃO À SAÚDE, doravante designada Associação FUPS, pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o n.º 08.883.265/0001-97, entidade de autogestão mantida e multipatrocinada, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o n.º 470.529/14-7, com sede em Campo Mourão, estado do Paraná, à Rua Fioravante João Ferri, 99, Jardim Alvorada.

### **Seção II – Da qualificação das Contratantes**

Art. 2.º - A contratação da Associação FUPS é feita por meio do Convênio de Adesão tipo Coletivo Empresarial por Adesão, firmado entre a Associação Fundo de Proteção à Saúde e as Empresas Contratantes abaixo qualificadas:

- I. Na qualidade de MANTENEDORA e PATROCINADORA: Coamo Agroindustrial Cooperativa, pessoa jurídica de direito privado, sociedade cooperativa agroindustrial, com sede em Campo Mourão, estado do Paraná, à Rua Fioravante João Ferri, 99, Jardim Alvorada, inscrita no CNPJ 75.904.383/0001-21, denominada COAMO.
- II. Na qualidade de PATROCINADORA: Credicoamo Crédito Rural Cooperativa, pessoa jurídica de direito privado, sociedade cooperativa de crédito, com sede em Campo Mourão, estado do Paraná, à Rua Fioravante João Ferri, 99, Jardim Alvorada, inscrita no CNPJ 81.723.108/0001-04, denominada CREDICOAMO.
- III. Na qualidade de PATROCINADORA: Associação Recreativa dos Funcionários da Coamo, pessoa jurídica de direito privado, de atividade associativa, com sede em Campo Mourão, estado do Paraná, à Rua Fioravante João Ferri, 99, Jardim Alvorada, inscrita no CNPJ 75.202.507/0001-27, denominada ARCAM.
- IV. Na qualidade de PATROCINADORA: Via Sollus Corretora de Seguros Ltda., pessoa jurídica de direito privado, com sede em Campo Mourão, estado do Paraná, à Rua Fioravante João Ferri, 99, Jardim Alvorada, inscrita no CNPJ 09.477.077/0001-21, denominada VIA SOLLUS.

## **CAPÍTULO II – Das características do Plano**

### **Seção I – Do Plano de Saúde**

Art. 3.º - O presente Regulamento tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar, conforme previsto nos incisos I e II, artigo 1.º da Lei n.º 9656/98, visando à assistência médica, na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia aos Associados aderidos conforme o Estatuto Social.

§ único - A assistência médica prevista no caput será prestada por prazo indeterminado, sem limites financeiros, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, abrangendo as coberturas descritas no *Rol* de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigentes à época do evento, visando o tratamento para todas as doenças listadas no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde).

Art. 4.º - O nome comercial do plano é FUPS CoParticipativo registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o n.º 470.529/14-7, desde 05/02/2013.

Art. 5.º - A abrangência geográfica cuja área em que o FUPS CoParticipativo fica obrigado a garantir todas as coberturas de assistência previstas no presente Regulamento, limita-se ao Grupo de Municípios onde a Mantenedora mantém suas “filiais”.

Art. 6.º - As internações hospitalares serão efetuadas em apartamento individual com banheiro privativo, com direito a um acompanhante para pernoite nos termos da legislação vigente.

## **CAPÍTULO III – Dos Beneficiários Elegíveis**

### **Seção I – Dos beneficiários**

Art. 7º - O FUPS CoParticipativo destina-se às pessoas com relação empregatícia ou estatutária, demitidos sem justa causa ou aposentados da Mantenedora e das Patrocinadoras qualificadas na Seção II, bem como seus Dependentes, obedecendo ao disposto no artigo 2º, inciso III, da RN 137/2006, alterada pela RN nº. 148/2007, e no artigo 5º caput e parágrafo 1º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009, bem como as que vierem alterá-las.

§ Único - A adesão ao FUPS CoParticipativo é opcional e espontânea, dentro dos critérios de participação e de dependência previstos neste Regulamento, bem como a adesão do grupo familiar dependerá da participação do Beneficiário Titular.

Art. 8.º - Os Beneficiários classificam-se em:

- I. Na qualidade de Titular, o próprio optante, nos termos do Estatuto Social, bem como do § único do art. 7.º deste Regulamento;
- II. Na qualidade de participante dependente:
  - a. O cônjuge ou companheiro(a), do Titular;
  - b. Os filhos e enteados, solteiros, até completarem 21 anos de idade; e
  - c. Os filhos e enteados solteiros, de qualquer idade, portadores de deficiência mental ou inválidos;
- III. Na qualidade de participante dependente especial:
  - a. Os filhos e enteados, solteiros, com até 26 anos de idade, desde que vivam sob a dependência econômica do participante titular;
  - b. Menor de 21 anos de idade sob guarda provisória ou tutela do participante Titular com devido despacho do juizado competente.

§ 1.º - Os dependentes previstos na letra “b”, inciso II do presente artigo passarão à condição de dependentes especiais, previsto na letra “a”, inciso III deste mesmo artigo, imediatamente no mês seguinte ao que completarem 21 anos, cabendo exclusivamente ao participante Titular, optar pela sua exclusão do FUPS CoParticipativo;

§ 2.º - O mês no qual o dependente completar 21 ou 26 anos de idade será integralmente acobertado pelo presente Plano;

§ 3.º - Caso o dependente com idade igual ou superior a 21 anos seja funcionário da COAMO, CREDICOAMO, VIA SOLLUS, ARCAM ou da própria Associação FUPS deverá passar automaticamente à condição de Titular observando-se as carências previstas no Artigo 27, salvo se já as tiver cumprido;

§ 4.º - Do dependente especial previsto no inciso III deste artigo, será cobrado a contribuição prevista no Capítulo XI, cujo valor será equivalente ao dobro daquele cobrado do dependente normal da mesma família, calculado de acordo com o valor e forma de cálculo estabelecidos na tabela em vigor (Disponível na *Intranet* - Tabela de Valores de Contribuição Mensal).

§ 5.º - Em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, não haverá impedimento para participar como Beneficiário no presente Regulamento.

§ 6.º - O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, terá assegurada inscrição como Dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

§ 7.º - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante. (Conforme item “e” e “f” do Item Tema II - Condições de Admissão – Anexo da IN 23).

## **Seção II – Das condições de permanência para o Beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado**

Art. 9.º A Associação FUPS assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à Associação FUPS o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656, de 1998, observada a Resolução nº. 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Art. 10 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Art. 11 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a. Indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b. À razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

Art. 12 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº. 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº. 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Art. 13 - O ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº. 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

Art. 14 - O ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº. 279, de 2011);

Art. 15 - Em caso de morte do ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes inscritos até a data do óbito nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº. 279, de 2011, e suas posteriores alterações;

Art. 16 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº. 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº. 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

Art. 17 - A condição de beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado deixará de existir:

- a. Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº. 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b. Pela admissão do beneficiário demitido sem justa causa ou aposentado em novo emprego (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº. 9656/1998); ou
- c. Cancelamento pelas Contratantes do plano privado de assistência à saúde concedida aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº. 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

Art. 18 - É assegurado ao ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº. 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº. 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº. 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Art. 19 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma Contratante e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº. 9656, de 1998 e na RN nº. 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

### **Seção III – Das condições da perda da qualidade de beneficiário**

Art. 20 - Ocorrerá o cancelamento do Beneficiário no FUPS CoParticipativo, nas seguintes condições:

- I. Beneficiário Titular:
  - a. Que vier a falecer;
  - b. Que requerer o cancelamento;

- c. Que atrasar por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de contrato, o pagamento de suas contribuições mensais ou coparticipação, desde que o Beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- d. Que perder o vínculo com as Patrocinadoras por rescisão ou aposentadoria ressalvadas as condições previstas nos artigos nº. 30 e nº. 31 da Lei nº. 9.656/98;
- e. Fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente;

II. Beneficiário Dependente:

- a. Quando houver o cancelamento do Beneficiário Titular, conforme previsão no inciso I deste artigo;
- b. Quando não mais se enquadrar nas qualificações previstas nos incisos II e III do artigo 8.º, sendo de forma automática quando se tratar por limite de idade, porém nas outras condições, por solicitação expressa do Beneficiário Titular;
- c. Independente do motivo, por solicitação expressa do Beneficiário Titular, desde que o dependente não esteja em internação hospitalar;
- d. fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

§ 1.º - O Beneficiário que for cancelado por fraude, devidamente comprovada, não terá o direito de retorno ao plano.

§ 2.º - O cancelamento do FUPS CoParticipativo não exime o Beneficiário da obrigação de pagar seus débitos vencidos e vincendos.



## **CAPÍTULO IV – Coberturas Garantidas**

Art. 21 - O FUPS CoParticipativo assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10<sup>o</sup> Revisão CID-10, conforme *Rol* de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

§ 1.<sup>o</sup> - O atendimento será assegurado independentemente do local de origem do evento, de acordo com a segmentação e a área de abrangência estabelecida neste Regulamento.

§ 2.<sup>o</sup> - A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no *Rol* de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

§ 3.<sup>o</sup> - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no *Rol* de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

§ 4.<sup>o</sup> - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

§ 5.<sup>o</sup> - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10<sup>o</sup> Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

### **Seção I – Da cobertura ambulatorial**

Art. 22 - Ao Beneficiário do FUPS CoParticipativo serão asseguradas as coberturas a procedimentos e eventos em saúde decorrentes de atendimentos realizados em consultório ou em ambulatorios que não necessitem de internação hospitalar, definidos e listados no *Rol* de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme relacionado a seguir:

- I. Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. Serviços de apoio diagnóstico e tratamento, e demais procedimentos realizados em ambulatorio ou consultório, desde que solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- III. Nos casos de trauma buco-maxilo-facial, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

- IV. Procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, desde que solicitados pelo médico assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- V. Procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- VI. Consulta e sessões com nutricionista, limitado a 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato, desde que solicitados pelo médico assistente;
- VII. Consulta e sessões com fonoaudiólogo, limitado a 24 (vinte e quatro) consultas/sessões por ano de contrato, desde que solicitados pelo médico assistente;
- VIII. Consulta e sessões com psicólogo, limitado a 40 (quarenta) consultas/sessões por ano de contrato, desde que solicitados pelo médico assistente;
- IX. Consulta e sessões com terapeuta ocupacional, limitado a 40 (quarenta) consultas/sessões por ano de contrato, desde que solicitados pelo médico assistente;
- X. Psicoterapia, limitada a 12 (doze) consultas/sessões por ano de contrato que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;
- XI. Fisioterapia (procedimentos de reeducação e reabilitação física);
- XII. Ações de planejamento familiar, envolvendo as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico, desde que solicitados pelo médico assistente;
- XIII. Hemodiálise e diálise peritoneal contínua ambulatorial – CAPD;
- XIV. Medicamentos de uso ambulatorial com indicação e posologia registrados/regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- XV. Quimioterapia oncológica em regime ambulatorial, entendida esta como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer com indicação reconhecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes 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;
- XVI. Radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, e outros);
- XVII. 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;
- XVIII. Hemoterapia ambulatorial;

- XIX. Procedimentos considerados especiais, mediante prescrição médica com expressa indicação de diagnóstico e previsão de duração, no seguinte caso: cirurgia oftalmológica refrativa ambulatorial, ou seja, miopia e hipermetropia para pacientes acima de 18 (dezoito) anos e grau estável há, no mínimo, um ano, conforme diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- XX. Acupuntura, sendo que acima das 10 (dez) primeiras sessões, estas deverão ser previamente autorizadas;
- XXI. Oxigenoterapia hiperbárica, para o tratamento das seguintes patologias: síndrome de Fournier; osteomielite crônica, tratamento de grandes queimados, transplantados, desde que haja indicação médica específica e justificada para tal;
- XXII. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:
- sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA);
  - implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

Art. 23 - Para procedimentos considerados ambulatoriais, o valor de cobertura é o equivalente a até 1 (uma) vez o Referencial praticado pelo FUPS CoParticipativo na época do evento, a saber:

- Honorários médicos e serviços de apoio diagnóstico e terapias: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM;
- Taxas e diárias: negociação individualizada mantida junta à rede credenciada;
- Medicamentos: Publicações Brasíndice;
- Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME): negociação individualizada mantida junto aos fornecedores.

## **Seção II – Da cobertura hospitalar com obstetrícia**

Art. 24 - Ao Beneficiário do FUPS CoParticipativo serão asseguradas as coberturas de despesas médico-hospitalares com obstetrícia, 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, abrangendo os seguintes itens:

- Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade em clínicas básicas e/ou especializadas, em centro de terapia intensiva ou similar, desde que justificada pelo médico assistente;
- Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- Atendimentos em regime de hospital-dia para transtornos mentais;
- Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem, exceto quando em caráter particular, e alimentação;

- VI. Despesas relativas a 1 (um) acompanhante, que incluem acomodação (diária) e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, nos casos de pacientes menores de 18 (dezoito) anos ou com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, e pessoas portadoras de necessidade especiais, conforme indicação do médico assistente, no local da internação, excetuando os casos de CTI ou similar, bem como a cobertura de 1 (um) acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- VII. Atendimento por outros profissionais de saúde, quando indicado e justificado pelo médico assistente;
- VIII. Atendimentos obstétricos relacionados à gestação, partos normais, cesarianas, e complicações do processo gestacional, desde que observados os princípios de ética médica, bem como as despesas de berçário relacionadas a tais atendimentos;
- IX. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- X. Fornecimento de medicamentos nacionais e nacionalizados, anestésicos, gases medicinais e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar desde que contem com indicação e posologia registrados/regularizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- XI. Exames complementares indispensáveis para o controle, evolução da doença e elucidação diagnóstica, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos, conforme prescrição médica, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- XII. Fornecimento de próteses e órteses, e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico, sem fins estéticos, desde que nacionais ou nacionalizados e com indicação reconhecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- XIII. Procedimentos considerados especiais, mediante prescrição médica, cuja necessidade esteja relacionada com a continuidade da assistência prestada em regime de internação hospitalar, nos seguintes casos:
  - a. Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
  - b. Quimioterapia oncológica;
  - c. Procedimentos radioterápicos, inclusive radioterapia conformacional para cérebro, pulmão e próstata;
  - d. Hemoterapia;
  - e. Nutrição parenteral ou enteral;
  - f. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
  - g. Embolizações;
  - h. Radiologia intervencionista;
  - i. Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - j. Procedimentos de reeducação e reabilitação física; e

- k. Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes de rim, córnea e medula óssea alogênico, exceto fornecimento de medicação de manutenção;
- XIV. Cirurgia plástica reparadora, quando efetuada exclusivamente para restauração de funções em órgãos membros e regiões atingidas, que estejam causando problemas funcionais em virtude de acidentes pessoais;
- XV. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;
- XVI. Cobertura de toda e qualquer taxa comprovadamente necessária, incluindo os materiais utilizados;
- XVII. Cobertura de remoção terrestre do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Regulamento, em território brasileiro;
- XVIII. Transplantes listados no *RoI* de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:
  - a. Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
    - a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
    - a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;
    - a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
    - a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.
  - b. Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
  - c. É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
- XIX. Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais, incluindo 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, podendo tal procedimento ser realizado por profissional médico especializado ou profissional cirurgião dentista;
- XX. Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, ou do seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto ou adoção observadas as demais condições previstas no artigo 27;

- XXI. Instrumentação cirúrgica (para cirurgia a partir do porte anestésico três, conforme classificação na tabela de remuneração de honorários médicos utilizada pelo FUPS CoParticipativo);
- XXII. Tratamento de Beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, que estiverem em situação de crise e que necessitem de internação, em hospitais;
- XXIII. Atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão);
- XXIV. Tratamento de Beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos, que estiverem em situação de crise e que necessitem de internação, em hospitais psiquiátricos especializados ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais;
- XXV. Tratamento de Beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de hospitalização, em hospitais psiquiátricos especializados ou em hospitais gerais ou hospital-dia;
- XXVI. Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério.

Art. 25 - Para procedimentos considerados hospitalares, o valor de cobertura é o equivalente a até 2 (duas) vezes o Referencial praticado pelo FUPS CoParticipativo na época do evento, previsto na letra "a" do artigo 23.

§ Único - Na situação prevista no caput, é assegurado a cobertura para os itens constantes nos referenciais previstos nas letras "b", "c" e "d" do artigo 23, à razão de 1 (uma) vez o valor nele expressos na época do evento.

## CAPÍTULO V – Das Exclusões de Cobertura

Art. 26 - Respeitadas as coberturas garantidas ao Beneficiário, não terão cobertura pelo FUPS CoParticipativo, estando expressamente excluídos da segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia:

- I. Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelos Conselhos Federais de Medicina, dentre outros, ainda, não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- II. Tratamento clínico e/ou cirúrgico experimental, entendido esse como aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no País, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label);
- III. Procedimentos que não constarem no *Rol* de Procedimentos e Eventos em Saúde, no *Rol* de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS ou não previstos neste Regulamento;
- IV. Despesas hospitalares extraordinárias referentes a telefonemas, utilização de televisor, refeições não prescritas no tratamento, lavagens de roupas, refeições de acompanhante (à exceção do café da manhã, limitado ao valor contratado com a rede credenciada e demais condições desse plano), entre outras dessa natureza;
- V. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, materiais especiais e de sínteses não liberados nas respectivas Guias de Autorização de Procedimento, ou outros que não sejam, no entendimento de avaliação pericial médica/odontológica, aplicáveis ao(s) procedimento(s);
- VI. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, materiais especiais e equipamentos em geral de suporte à vida, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- VII. Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos, materiais e aparelhos, inclusive lentes de contato, óculos, aparelhos para surdez, aparelhos para suporte respiratórios em geral, muletas;
- VIII. Consultas e atendimentos domiciliares, ainda que em caráter de urgência e emergência;
- IX. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim, considerando-se fins estéticos como todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita com finalidade estética;

- X. Internação em clínica de emagrecimento, consultas e exames decorrentes dessa, lipoaspiração, ainda que realizados por prescrição médica, ressalvados o tratamento de obesidade mórbida, de acordo com o artigo 5º, parágrafo único, alínea “a” da Resolução do Consu nº. 10; tratamentos em clínicas de repouso; estâncias hidrominerais; clínicas para acolhimento de idosos; internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XI. Tratamentos naturais;
- XII. Inseminação artificial considerada como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XIII. Enfermagem de caráter particular;
- XIV. Exames solicitados para atividades recreativas e/ou desportivas, bem como os de finalidade jurídica, de saúde ocupacional ou a estas assemelhadas;
- XV. Despesas de deslocamentos, estadias ou outras que eventualmente aconteçam para o atendimento de perícias iniciais e/ou finais, salvo as perícias convocadas especificamente pelo FUPS CoParticipativo, em atendimento a situações relacionadas a auditorias médicas, previamente justificadas;
- XVI. Procedimentos de natureza odontológica exceto os buco-maxilo-faciais pós traumáticos;
- XVII. Atendimento nos casos de cataclismos, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de atos ou operações de guerra, revoluções, tumultos ou outras perturbações da ordem pública e/ou delas provenientes, quando declarados;
- XVIII. Atendimento nos casos de sinistros de massa como epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- XIX. Investigação diagnóstica eletiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XX. Despesas de indenização por danos ou destruição de objetos;
- XXI. Exame de paternidade;
- XXII. Estabelecimentos para acolhimento de idosos;
- XXIII. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- XXIV. Medicamentos que não tiverem registro junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e não forem constantes do BRASÍNDICE;
- XXV. Medicamentos importados não nacionalizados;



XXVI. Produtos e/ou medicamentos e/ou equipamentos que se enquadrem nas situações abaixo especificadas:

- a. De uso domiciliar;
- b. Medicações de toda a natureza para tratamento estético e de emagrecimento estético, assim entendido pela perícia médica do FUPS CoParticipativo;
- c. Medicação para tratamento ortomolecular;
- d. Medicação dermatológica com a finalidade estética;
- e. Medicação para tratamento de rejuvenescimento;
- f. Medicação para tratamento de impotência sexual;
- g. Medicação para processos de fertilização;
- h. Medicação manipulada de qualquer natureza ou procedência, que não seja substitutiva da medicação convencional;
- i. Complexos vitamínicos e vitaminas em geral;
- j. Medicamentos fitoterápicos não industrializados e ainda não liberados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- k. Produtos naturais;
- l. Produtos, materiais e/ou medicação experimental;
- m. Anticoncepcionais;
- n. Selos adesivos anti-fumo e medicação para deixar de fumar;
- o. Produtos cosmetológicos, assim definidos como aqueles para manutenção e conservação da pele por qualquer condição ou natureza;
- p. As vacinas de qualquer natureza.

## **CAPÍTULO VI – Dos períodos de carência**

Art. 27 - Os benefícios previstos neste Regulamento serão devidos e cobertos somente depois de cumpridas as carências abaixo indicadas, contadas a partir do aceite da Proposta de Adesão pela Diretoria da Associação FUPS:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;
- II. 24 (vinte e quatro) horas para consultas médicas;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para exames, atendimentos ambulatoriais, quimioterapia, radioterapia, fisioterapias, terapia ocupacional, tratamento fonoaudiológico, sessões de psicologia e consultas com nutricionista;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas e tratamentos referentes à saúde mental;
- V. 300 (trezentos) dias para partos a termo.

§ 1.º - Não será exigido o cumprimento de qualquer carência ao recém-nascido ou adotado, caso sua inclusão no FUPS CoParticipativo ocorra por iniciativa inequívoca do Beneficiário Titular, no prazo de 30 dias após o parto ou adoção e desde que o Beneficiário Titular já tenha concluído a carência de 180 (cento e oitenta) dias.

§ 2.º - Caso um beneficiário titular ou dependente se torne cônjuge de outro beneficiário titular, tornando-se dependente, não será exigido o cumprimento de carências, desde que as tenha cumprido na condição anterior.

§ 3.º - Quando se tratar de dois beneficiários titulares, assumirá a condição de beneficiário titular aquele que as Contratantes indicarem, sem qualquer prejuízo das carências já concluídas.

## **CAPÍTULO VII – Das doenças e lesões pré-existentes**

Art. 28 - O Beneficiário poderá usufruir do FUPS CoParticipativo independentemente de ser possuidor de uma doença ou lesão pré-existente, após o cumprimento das carências previstas no artigo 27, ressalvados as situações de urgência e emergência.

## **CAPÍTULO VIII – Da urgência e emergência**

Art. 29 - O FUPS CoParticipativo garante a cobertura aos atendimentos de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional, e de emergência como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o Beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.

§ 1.º - A cobertura garantida no caput deste artigo se dará conforme previsto nas seções I e II do Capítulo IV deste Regulamento.

§2º - Os casos de urgência e emergências serão cobertos da seguinte forma:

a) Será garantida a cobertura integral, nos casos de urgências e emergências, por no mínimo doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação, conforme preceitua o artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998;

b) Serão garantidos os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU 13/1998);

c) Depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução CONSU 13/1998);

d) Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica. (artigo 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998);

e) Será garantido o atendimento limitado às primeiras 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 relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

f) Será garantido o atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

§ 3º. Nos atendimentos de emergência ou urgência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pelo FUPS, é garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes.

## Seção I – Dos critérios para reembolso

Art. 30 - Nos atendimentos de emergência ou urgência, ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pelo FUPS CoParticipativo, é garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes.

§ 1º - O reembolso deve ser solicitado mediante a apresentação de documentos hábeis, devidamente quitados e discriminados por item, com valor unitário de cada item, a data de realização, bem como o nome do paciente.

§ 2.º - Serão considerados hábeis para obtenção de reembolso somente dos seguintes documentos:

- a. Notas Fiscais;
- b. Recibos (constando nome do profissional executante, número de registro no conselho de classe, endereço e CPF);
- c. Laudos e/ou justificativas médicas que comprovem a necessidade do evento;
- d. Relatório descritivo de todas as despesas, constando o item de despesa, quantidade utilizada, valor unitário, valor final e valor total coincidente com o valor da nota fiscal/recibo apresentados;
- e. Cópia da descrição cirúrgica e boletim neonatológico, se for o caso;
- f. Cópia da prescrição médica e evolução clínica diária (prontuário médico);
- g. Cópia da ficha anestésica e laudo de exame anátomopatológico, se for o caso;
- h. Comprovação da quantidade de sessões às quais o Beneficiário fora submetido;
- i. Outros documentos, se necessários, poderão ser solicitados à comprovação das despesas ou elucidação do cálculo do reembolso.

§ 3.º - O beneficiário terá o prazo de 30 (trinta) dias contados da data da quitação das despesas para apresentar a documentação acima listada.

§ 4.º - Os processos de reembolso serão liquidados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento, pelo FUPS CoParticipativo da documentação completa.

§ 5.º - Fica garantido que o valor do reembolso nas urgências e emergências não será inferior ao valor praticado pelo FUPS CoParticipativo junto à rede de prestadores do respectivo plano, conforme estabelece o artigo 12, inciso VI, da Lei 9656/98.

§ 6.º - Caso o evento tenha ocorrido numa cidade onde não haja uma rede de prestadores credenciados, o valor do reembolso no que tange a honorários e exames, será de 2 (duas) vezes o previsto no referencial previsto na letra “a” do artigo 23, em prática na vigência do sinistro deduzindo-se o valor das coparticipações calculadas conforme artigo 33 deste regulamento.

§ 7.º - Quando se tratar de taxas, materiais, medicamentos, custo operacional órteses e próteses o valor de reembolso será de 1 (uma) vez os referenciais previstos na letras “b”, “c” e “d” do artigo 23, em prática na vigência do sinistro deduzindo-se o valor das coparticipações calculadas conforme artigo 33 deste regulamento.

## **CAPÍTULO IX – Dos mecanismos de regulação**

### **Seção I – Acesso à rede credenciada**

Art. 31 - O atendimento no regime da rede credenciada/referenciada será feito mediante a apresentação da carteira do FUPS CoParticipativo, junto com um documento oficial de identificação com fotografia, acompanhado da autorização prévia da Associação FUPS quando assim exigida.

§ 1.º - O FUPS CoParticipativo manterá atualizado o site [www.fups.com.br](http://www.fups.com.br) para permitir a consulta da rede credenciada/referenciada a partir de qualquer computador conectado à rede mundial de computadores (internet), bem como, para fins de permitir o trânsito de informações junto aos prestadores de serviços obedecendo ao Padrão TISS e TUSS.

§ 2.º - O formulário Padrão TISS deverá ser preenchido no ato do atendimento, com todos os dados solicitados.

§ 3.º - O formulário Padrão TISS, depois de preenchido, será conferido e assinado pelo Beneficiário, com ressalva de qualquer emenda ou rasura, importando sua assinatura em:

- I. concordância com os dados transcritos, inclusive quanto à quantidade e natureza dos serviços prestados;
- II. autorização para cobrança do valor da coparticipação financeira, nos eventos sujeitos a esse regime; e
- III. sub-rogação à Associação FUPS de possíveis indenizações a que o Beneficiário tiver direito.

§ 4.º - A Associação FUPS reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer conveniado/referenciado de sua rede assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação de serviços previstos neste instrumento, observada a legislação vigente, à exceção do disposto no parágrafo 5.º deste artigo.

§ 5.º - É facultada à Associação FUPS a substituição do prestador hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos Beneficiários e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados deste prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, conforme estabelece o artigo 17 de seus parágrafos, da Lei 9.656/98.

§ 6.º - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere parágrafo 5.º deste artigo ocorrer por decisão da Associação FUPS, durante período de internação do Beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a Associação FUPS, a manter o Beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma deste Regulamento.

§ 7.º - Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior, os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando a Associação FUPS arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, caso necessário, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o Beneficiário.

§ 8.º - O Beneficiário, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora de plano de saúde ou a atendimento em caráter particular.

§ 9.º - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender as necessidades dos Beneficiários, privilegiando os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças até 5 (cinco) anos.

§ 10 - Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede credenciada e/ou referenciada ou ainda contratada da Associação FUPS, conforme estabelece o artigo 12, I, "b", da Lei nº. 9.656, combinado com o artigo 2º, VI, da Resolução Consu nº. 8/98, observada a cobertura contratada.

§ 11 - É vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

## **Seção II – Da identificação dos Beneficiários**

Art. 32 - Para utilização dos serviços previstos neste Regulamento é indispensável a identificação do Beneficiário na rede credenciada/referenciada.

§1.º - A identificação consiste na apresentação da carteira do FUPS CoParticipativo, junto comum documento oficial de identificação com fotografia.

§ 2.º - A carteira de identificação do FUPS CoParticipativo é pessoal, de uso restrito e intransferível, e o Beneficiário Titular responderá com penalidades decorrentes de sua utilização indevida (por ele e/ou seus dependentes), sendo considerada como falta grave a utilização dos benefícios ou serviços por terceiros, ficando as despesas dela decorrentes sob a responsabilidade integral do Beneficiário Titular.

§ 3.º - A perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação do FUPS CoParticipativo deverá ser comunicada pelo Beneficiário imediatamente à Associação FUPS.

§ 4.º - A emissão da segunda via será precedida de termo de solicitação assinado pelo Beneficiário Titular, cabendo a esse o custo da confecção.

§ 5.º - É obrigatória a devolução da carteira de identificação do FUPS CoParticipativo por ocasião do cancelamento da inscrição do Beneficiário.

## **Seção III – Da coparticipação**

Art. 33 - Além da mensalidade tratada no artigo 37, todos os Beneficiários ficarão sujeitos à coparticipação sobre os valores efetivamente pagos aos Prestadores de Serviços pelo FUPS CoParticipativo, fixadas em 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas enumeradas nos incisos deste artigo.

§ Único - Coparticipação é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização dos procedimentos:

- I. consultas médicas;
- II. consultas e/ou sessões de fonoaudiologia, psicoterapia prestada por psicólogos ou médicos, fisioterapias, terapia ocupacional e nutricionista;
- III. exames de apoio e diagnóstico;
- IV. sessões de acupuntura;
- V. sessões de oxigenoterapia hiperbárica.

§1.º - O valor da coparticipação definido neste artigo estará limitado ao máximo de R\$ 100,00 (cem reais) calculado individualmente para cada procedimento.

§2.º - A coparticipação incide sobre a utilização do FUPS CoParticipativo por qualquer Beneficiário, seja ele Titular ou Dependente.

§3.º - A coparticipação relativa a Beneficiários aposentados ou demitidos sem justa causa, será cobrada através de boleto bancário enviado à sua residência juntamente com relatório descritivo, cujo vencimento será o mesmo da próxima mensalidade vincenda.

§4.º - Quando o Beneficiário fizer jus ao reembolso previsto neste Regulamento, também incidirão os valores de coparticipação descritos neste Regulamento, conforme o caso, cuja forma, critérios e valores estão definidos na seção II do capítulo IX.

#### **Seção IV – Da necessidade de liberação prévia**

Art. 34 - É necessária a autorização prévia da Associação FUPS para:

- I. Internações hospitalares;
- II. Exames e procedimentos médicos cujo valor individual apontado no referencial empregado pelo FUPS CoParticipativo for igual ou superior a R\$ 200,00 (duzentos reais), independente de sua natureza;
- III. Procedimentos dermatológicos que mesmo em valor inferior ao citado acima, sejam realizados em número de lesões superior a 5 (cinco) por ato médico;
- IV. Exames e procedimentos quimioterápicos e/ou radioterápicos, independente de valor;
- V. Fisioterapia, Fonoaudioterapia e Terapia Ocupacional, a cada etapa de tratamento compreendendo no máximo 10 (dez) sessões;
- VI. Acupuntura, a cada etapa de 10 (dez) sessões;
- VII. Outros procedimentos a critério da Associação FUPS, considerados como de alto custo ou técnicas inovadoras.

§1.º - A autorização prévia deverá ser solicitada pelo Beneficiário à Associação FUPS, a partir do pedido médico.



§2.º - Para a solicitação de autorização para procedimentos deve(m) ser informado(s) o(s) código(s) do(s) procedimento(s), assim como as demais informações, cujos campos são apontados nos formulários específicos para esse fim sob o padrão TISS conforme determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§3.º - A autorização para procedimento(s) eletivo(s) deve ser solicitada com no mínimo 5 (cinco) dias úteis de antecedência ao atendimento.

§4.º - Tratando-se de procedimentos de urgência e emergência, deve ser regularizada junto à Associação FUPS em até 2 (dois) dias úteis após o início do atendimento ou do internamento hospitalar.

§5.º - As guias de autorização terão a validade de 30 (trinta) dias a contar da sua liberação pela Associação FUPS, não sendo aceitas após este período para quaisquer fins.

§6.º - A Associação FUPS poderá, a seu critério e a qualquer tempo, submeter à perícia, sindicância e averiguação, todas as despesas relativas a procedimentos cobertos pelo FUPS CoParticipativo, quando os Beneficiários e prestadores de serviços estarão obrigados a colaborar para elucidação da dúvida.

§7.º - Os internamentos e procedimentos médicos hospitalares caracterizados como eletivos realizados sem autorização, desobriga a Associação FUPS de proceder à cobertura ou ao reembolso das despesas.

Art. 35 - Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da Associação FUPS e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Associação FUPS, exceto quando o profissional eleito pelo Beneficiário não pertencer à rede credenciada, quando seus honorários ficarão sob sua responsabilidade.

§1.º - Se não houver acordo na escolha do médico desempatador, sua designação será solicitada à sociedade médica da aludida especialidade, reconhecida oficialmente.

§2.º - Após a análise da junta médica, fica reservado à Associação FUPS o direito de recusar atendimento aos pedidos abusivos, desnecessários e/ou que não se enquadrem nas condições estabelecidas neste Regulamento.

## **Seção V – Da perícia prévia**

Art. 36 - Os seguintes procedimentos médicos-hospitalares serão liberados somente após perícia prévia:

- I. Cirurgia de varizes;
- II. Cirurgia de plástica mamária;
- III. Cirurgia de plástica abdominal (dermolipectomia abdominal);
- IV. Cirurgia de plástica do nariz (septoplastia e rinosseptoplastia);
- V. Cirurgia plástica de pálpebra (blefarorrafia);

- VI. Cirurgia de eliminação do ronco (uvopalato-faringoplastia), mediante a apresentação do exame de polissonografia;
- VII. Cirurgia para obesidade mórbida;
- VIII. Cirurgias refrativas (miopia, hipermetropia);
- IX. Cirurgia de Catarata (facectomia);
- X. Procedimentos realizados por cirurgião plástico ou dermatologistas, quando caracterizar tratamento estético;
- XI. Quando a intervenção cirúrgica prever mais de um procedimento médico (mais de uma cirurgia simultaneamente).

§ Único: Se a cirurgia for comprovadamente caracterizada como emergência médica, o Beneficiário deverá, a critério da Associação FUPS, submeter-se a perícia após o ato cirúrgico, sob pena de arcar integralmente com os valores despendidos.

## **CAPÍTULO X – Da formação do preço da contribuição mensal**

### **Seção I – Da formação do preço da contribuição mensal**

Art. 37 - O FUPS CoParticipativo será mantido pelas contribuições compulsórias mensais de seus participantes, de acordo com tabela a ser expedida pela Diretoria da Associação FUPS e constante da Proposta de Adesão do Beneficiário e seus dependentes em regime de preço pré-estabelecido e em pré-pagamento, sendo que para todos os fins, considera-se que valor da contribuição mensal é efetuado antes da utilização das coberturas previstas neste Regulamento.

§ 1.º - A coparticipação financeira dos Beneficiários prevista na seção II do capítulo X deste Regulamento é definida como contribuição para custeio do FUPS CoParticipativo na forma de pós-pagamento.

§ 2.º - O valor da contribuição mensal e da coparticipação é definido por meio de cálculo atuarial, tendo por base a utilização (sinistralidade) e evolução mensal dos custos assistenciais e administrativos.

§ 3.º - O FUPS CoParticipativo também será mantido pelas contribuições financeiras voluntárias da COAMO, da CREDICOAMO, da ARCAM e da VIA SOLLUS, devidamente contabilizadas como patrocínio.

§ 4.º - A Diretoria da Associação FUPS, à seu critério poderá optar em estabelecer o valor da contribuição mensal:

- a. de acordo com a idade de cada Beneficiário individualmente conforme critérios definidos na seção II deste capítulo; e/ou
- b. fixar um percentual do valor do salário nominal do Beneficiário Titular, podendo este percentual variar em função da quantidade de dependentes e ainda haver limitadores de valor máximo e mínimo;
- c. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

### **Seção II – Das faixas etárias**

Art. 38 - Caso ocorra a definição prevista na letra “a” do parágrafo 4.º do artigo 37, as faixas etárias são as seguintes:

- I. 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II. 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III. 24 (vinte e quatro) anos a 28 (vinte e oito) anos;
- IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

- V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

§ 1.º - Ocorrendo alteração na idade de qualquer Beneficiário (Titular ou Dependente), que signifique deslocamento para próxima faixa etária, a mensalidade será aumentada automaticamente a partir do mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os valores estipulados para a devida faixa etária.

§ 2.º - Os limites etários das faixas, os valores das mensalidades e as respectivas variações etárias, constam da tabela de contribuição aprovada anualmente pela Diretoria da Associação FUPS, amplamente divulgada entre os Beneficiários através do site institucional [www.fups.com.br](http://www.fups.com.br) ou pela *intranet* disponibilizada pelas Contratantes.

§ 3.º - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária observam as seguintes condições:

- I. O valor fixado para a última faixa etária não é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não é superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

§ 4.º - As mensalidades com reajuste financeiro anual não se confundem com os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária.

§ 5.º - Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

§ 6.º - Não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária para os beneficiários com vínculo ativo junto à pessoa jurídica contratante, uma vez que a mensalidade destes é estipulada por contribuição compulsória.

§ 7.º - As mensalidades dos beneficiários com vínculo inativo, ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados, foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as faixas etárias estabelecidas neste capítulo.

### **Seção III – Da reserva, dos fundos e das provisões**

Art. 39 - Haverão contribuições mensais na forma de taxa incidente sobre o total das contribuições mensais recebida de cada contribuinte beneficiário ou patrocinador, destinada a constituição das seguintes reservas, fundos e provisões:

- I. Fundo administrativo, que servirá para custear as despesas administrativas realizadas pelo FUPS CoParticipativo;

- II. Fundo para Sinistros de Alto Custo destinado ao custeio dos internamentos clínicos ou cirúrgicos, cujos valores ultrapassem o limite anual de gasto individual previamente fixado pela Diretoria da Associação FUPS e constante da avaliação atuarial anual;
- III. Fundo de inadimplência, para fazer frente aos valores devidos pelos beneficiários e não quitados;
- IV. Provisões técnicas instituídas ou que vierem a ser instituídas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e aplicáveis à Associação FUPS.

§ 1.º - A utilização dos recursos disponíveis nestes fundos, excetuando as provisões técnicas instituídas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requererão autorização expressa da Diretoria da Associação FUPS;

§ 2.º - A critério da Diretoria da Associação FUPS, o patrocínio voluntário integralizado pelas patrocinadoras poderá ser totalmente aplicado no Fundo para Sinistros de Alto Custo.

#### **Seção IV – Pagamento da contribuição mensal e coparticipações**

Art. 40 - Mensalmente, as Contratantes definidas no artigo 2.º procederão ao débito em folha de pagamento da contribuição mensal e coparticipações devidas aos Beneficiários do FUPS CoParticipativo e efetuarão o respectivo repasse à Associação FUPS.

§ 1.º - Os beneficiários e seus dependentes cuja manutenção no FUPS CoParticipativo seja por demissão sem justa causa ou aposentadoria ou ainda, os beneficiários que estiverem com contrato de trabalho suspenso na sua Contratante, quitarão sua contribuição mensal e coparticipações mensalmente, segundo política de recebimento definida pela Diretoria da Associação FUPS.

§ 2.º - O não pagamento da contribuição mensal e coparticipação pelos beneficiários, além da penalidade da exclusão prevista neste instrumento, acarretará a imposição de:

- a. Multa de 2% (dois por cento);
- b. Juros de 1% (um por cento) ao mês, pro rata dia; e mais
- c. Atualização monetária pelo INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor publicado pelo IBGE, ou pelo índice que vier a substituí-lo.

## **CAPÍTULO XI – Das correções da contribuição mensal**

### **Seção I – Do reajuste**

Art. 41 - A critério da Diretoria da Associação FUPS, a Tabela de Contribuições Compulsórias será reajustada até a integralidade dos índices que reflitam as variações dos preços dos serviços conveniados oferecidos aos seus participantes, devidamente calculados da forma e base previstas na seção II deste capítulo.

§ 1.º - Os reajustes serão aplicados anualmente, respeitados os critérios designados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para cada ano vigente e a legislação aplicável.

### **Seção II – Do reajuste por aumento da sinistralidade**

Art. 42 - A Associação FUPS poderá proceder recálculo nas contribuições do plano sempre que ocorrerem as seguintes distorções (sinistralidades), cumulativas ou isoladas, observada a legislação vigente e decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do FUPS CoParticipativo:

- I. Aumento na frequência de sinistros ou na utilização de serviços;
- II. Aumento dos custos médicos e hospitalares;
- III. necessidade de composição ou recomposição de reservas, fundos e provisões, assim previstas na seção III do capítulo XI.

§ 1.º - Na hipótese do previsto neste artigo, o reajuste 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 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato.

Art. 43 - Para efeito do previsto nos artigos 41 e 42, fica determinado que:

- I. O reajuste por sinistralidade será aplicado de forma complementar ao reajuste especificado no artigo 41.
- II. Não haverá a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro do FUPS CoParticipativo.
- III. Os reajustes aplicados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na forma e prazo por ela estabelecidos.
- IV. Os reajustes terão como data-base única o mês de junho de cada ano e, independentemente da data de inclusão do Beneficiário no plano, os valores das mensalidades serão sempre reajustados integralmente nesta data.

## **CAPÍTULO XII – Da rescisão**

Art. 44 - O FUPS CoParticipativo poderá ser extinto por decisão da competente instância decisória conforme definido no Estatuto Social que atendida às disposições legais e com autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

## **CAPÍTULO XIII – Das disposições Gerais**

Art. 45 - Integram este regulamento, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo Beneficiário, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário.

Art. 46 - As coberturas previstas neste regulamento serão prestadas através dos Serviços Credenciados conforme disposto no Capítulo IX.

Art. 47 - Este Regulamento poderá sofrer alterações, cancelamentos ou adaptações no todo ou em parte, a qualquer momento, em função de fatos não previstos, tendo sempre como preocupação não causar prejuízos aos Beneficiários e em conformidade com a legislação vigente.

Art. 48 - Os casos omissos ou silenciados nesse Plano serão objetos de avaliação pela Diretoria da Associação FUPS.

§ Único: Para tais casos serão utilizados como textos explicativos ou resolutivos o Estatuto Social e os dispositivos legais vigentes a época do impasse ou da demanda.

Art. 49 - A administração do FUPS CoParticipativo será realizada de forma direta pela Associação FUPS, vedada sua terceirização, ressalvados convênios de reciprocidade com entidades congêneres de acordo com política interna da instituição.

Art. 50 - A aprovação deste Regulamento bem como as necessidades de alterações regulamentares deverá ser obrigatoriamente aprovada pela Diretoria da Associação FUPS.

Art. 51 - O não cumprimento das normas ou deste Regulamento exime a Associação FUPS de qualquer responsabilidade quanto a custos advindos de procedimentos adotados contrariando os dispositivos regulamentares e sem a sua autorização.

Art. 52 - É prerrogativa da Associação FUPS, quando entender necessário, exigir que nas solicitações médicas constem justificativas médicas para sua realização, assim como demais informações necessárias para tal avaliação.



## **CAPÍTULO XIV – Eleição de Foro**

Art. 53 - Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Regulamento, fica eleito o foro de domicílio do Beneficiário Titular.

Art. 54 - Ressalvada legislação específica em vigência, os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regulamento, serão resolvidos pela Diretoria da Associação FUPS, cuja solução será reduzida a termo.

Art. 55. Este Regulamento entrará em vigor a partir da sua aprovação pela Diretoria da Associação FUPS.

Campo Mourão – Pr., 03 de fevereiro de 2014.

**Jorge Luiz Scarpin Carrozza**  
Diretor Presidente

**Juscelino Fernandes da Costa**  
Diretor Vice-Presidente

**Paulo Gilmar Fuzeto**  
Diretor Primeiro Tesoureiro

**Sidinei Lucheti Martioli**  
Diretor Segundo Tesoureiro

**Maria Luiza Lopes**  
Diretora Primeira Secretária

**Edson de Santana Peres**  
Diretor Segundo Secretário

## GLOSSÁRIO

Para ampla compreensão sobre os efeitos deste Regulamento, ficam expressas as seguintes definições:

**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 entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

**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 à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

**BENEFICIÁRIO:** pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados neste regulamento.

**BRASÍNDICE:** revista quinzenal que publica os valores dos materiais, medicamentos e outros insumos médico-hospitalares acobertados.

**CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, 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.

**CAPD:** sigla em inglês para o tratamento diálise peritoneal contínua ambulatorial (*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*);

**CARÊNCIA:** o prazo corrido e ininterrupto, contado a partir do início de vigência do regulamento, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

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

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

**COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

**DEPENDENTE:** pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas neste regulamento.

**DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

**DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE:** aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

**EMERGÊNCIA:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

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

**LAUDO:** documento emitido por profissional contendo informações técnicas que exprimem sua opinião.

**MANTENEDORA:** Empresa contratante responsável em oferecer garantia financeira para funcionamento de uma autogestora.

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

**MENSALIDADE:** contraprestação pecuniária paga pelas Contratantes à operadora.

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

**PATROCINADORA:** Empresa contratante responsável por patrocinar um plano de saúde.

**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, tendo ainda as definições co-relacionadas a seguir:

- a. **CONCEPÇÃO:** fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;
- b. **ANTICONCEPÇÃO:** prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;
- c. **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;
- d. **ACONSELHAMENTO:** processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal 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
- e. **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.

**PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

**ÓRTESE:** Dispositivo ou aparelho empregado em atos cirúrgicos destinado a corrigir, estabilizar ou modificar uma função muscular, esquelética ou neurológica.

**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:** pagamento efetuado pela Operadora de Plano de Saúde com o fim de ressarcir de forma integral ou parcial o seu segurado de despesas cobertas pelo plano e que foram quitadas diretamente por ele.

**SINISTRALIDADE:** informação estatística e financeira da incidência de procedimentos cobertos pelo plano em determinado período temporal.

**TISS:** padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar.

**TUSS:** padrão de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.

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