

REGULA MENTO 2023

Affego
saúde

16 DE OUTUBRO DE 2023

Índice

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES GERAIS	3
Seção I - A INSTITUIÇÃO.....	3
Seção II – OBJETIVO	3
CAPÍTULO II - DA ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR	3
Seção I - COBERTURA ASSISTENCIAL.....	3
SEÇÃO II - COBERTURAS ADICIONAIS.....	3
Seção III - DAS ACOMODAÇÕES	4
CAPÍTULO III - DISPOSIÇÕES RESTRITIVAS	5
Seção I - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS	5
Seção II - LIMITAÇÕES NO USO DOS SERVIÇOS	8
CAPÍTULO IV - COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA	9
Seção I - DEFINIÇÃO E CÁLCULO	9
CAPÍTULO V - FILIAÇÃO, SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO PLANO AFFEGO-SAÚDE	11
Seção I - FILIADOS NATURAIS.....	11
Seção II - DEMAIS FILIADOS	11
SEÇÃO III - DOS USUÁRIOS TEMPORÁRIOS	14
Seção IV – REQUERIMENTOS, DOCUMENTOS E FORMALIDADES.....	15
Seção V - DA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO ATENDIMENTO	16
SEÇÃO VI - EXCLUSÃO DO PLANO AFFEGO-SAÚDE	18
Seção VII - REFILIAÇÃO NO PLANO AFFEGO-SAÚDE	21
Seção VIII - FALECIMENTO DO TITULAR	22
Seção IX - OPÇÃO DE PERMANÊNCIA DO DEPENDENTE E DO AGREGADO	24
CAPÍTULO VI - DO FUNDO DE RESERVA.....	25
Seção I - DEFINIÇÃO E FORMAÇÃO	25
Seção II - COMPOSIÇÃO E RECOMPOSIÇÃO DOS VALORES DO FUNDO DE RESERVA	26
CAPÍTULO VII - DA TAXA DE INSCRIÇÃO	26

CAPÍTULO VIII - DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO E O PERÍODO DE CARÊNCIA	27
CAPÍTULO IX - DOS CONVÊNIOS E DOS CREDENCIAMENTOS.....	29
CAPÍTULO X - DOS SERVIÇOS E ATENDIMENTOS	31
Seção I - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	31
Seção II - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PELO SISTEMA DE RECIPROCIDADE	32
CAPÍTULO XI - ATENDIMENTOS E TRATAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	33
CAPÍTULO XII - DAS COTAS	35
CAPÍTULO XIII - DO MOVIMENTO FINANCEIRO	37
CAPÍTULO XIV - DO REEMBOLSO DAS DESPESAS.....	39
CAPÍTULO XV - IMOBILIZAÇÕES, EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES DO AFFEGO-SAÚDE.	40
CAPÍTULO XVI - DOS TRATAMENTOS DE PREVENÇÃO	41
CAPÍTULO XVII - DA ADMINISTRAÇÃO DO AFFEGO-SAÚDE	42
Seção I - COMPOSIÇÃO ADMINISTRATIVA E FUNCIONAL	42
Seção II - DO CONTROLE FINANCEIRO DO AFFEGO – SAÚDE.....	43
CAPÍTULO XVIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	45

REGULAMENTO DO PLANO AFFEGO-SAÚDE

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I - A INSTITUIÇÃO

Art. 1º - A ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO FISCO DO ESTADO DE GOIÁS - AFFEGO – pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua 83, nº 218, Quadra F-15, Lote 26, Setor Sul, Goiânia, Goiás, CEP 74.083-020, com registro no Ministério da Fazenda (CNPJ-MF) sob o nº 00299149/0001-13 e com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com o nº 30.675-4, sob o título AFFEGO-SAÚDE, na forma de autogestão, sob o sistema mutualista, com plano de adesão e funcionamento em suas instalações junto à entidade AFFEGO, nos termos definidos no presente Regulamento.

Seção II – OBJETIVO

Art. 2º - O AFFEGO-SAÚDE tem por objetivo assegurar a seus filiados e beneficiários inscritos, assistência médico hospitalar, inclusive obstetrícia, dentro dos limites definidos na lei que regulamenta os planos privados de assistência à saúde, Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, por meio de atendimento direto, junto aos estabelecimentos e profissionais credenciados, no território do Estado de Goiás ou através do ressarcimento de despesas, quando o atendimento ocorrer fora do território goiano ou por profissionais e/ou instituições de saúde não credenciados, desde que atendidas as exigências contidas no presente regulamento.

CAPÍTULO II - DA ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR

Seção I - COBERTURA ASSISTENCIAL

Art. 3º - A cobertura assistencial prevista neste Regulamento, tem como base o “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S.”, conforme especificado em Resoluções Normativas editadas pela Agência Reguladora.

Seção II - COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 4º - Com estrita observância aos dispositivos deste Regulamento, os referentes a franquias, às coparticipações e à regulação médica, serão cobertos, também, os procedimentos a seguir relacionados e adicionados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S e em especial as normas que vierem a ser editadas por instrução normativa da Diretoria da AFFEGO, serão prestadas aos usuários:

- I- Instrumentador cirúrgico, um por ato cirúrgico, no valor máximo de até 10% dos honorários pagos pelo plano AFFEGO-SAÚDE, ao cirurgião credenciado, por procedimento;
- II- Vacinas para doenças infectocontagiosas;
- III- Vacina contra incompatibilidade materno-fetal de Rh similar à Matergan;
- IV- Cirurgia refrativa para miopia;
- V- Pilates para problema de coluna, realizada por fisioterapeuta;
- VI- Redução Postural Global – RPG;
- VII- Hidroterapia;
- VIII- Medicamentos de uso ambulatorial/domiciliar para escritos previamente nos programas respectivos;
- IX- Atendimento de urgência/emergência em domicílio, em localidades onde houver esse serviço disponível por profissional ou instituição de tratamento de saúde, conveniados;
- X- Transporte terrestre em território nacional, para casos em que não haja possibilidade terapêutica no local, com indicação e justificativa dos médicos assistentes e da assessoria médica do AFFEGO-SAÚDE;
- XI- Orientação médica a distância: “live”, videoconferência e outros, desde que previamente comunicado e autorizado pelo Plano AFFEGO – SAÚDE;
- XII- Programa de atendimento domiciliar - PAD, acompanhamento, monitoramento e de prevenção;
- XIII- Atendimento Radioterapia intraoperatória.

Parágrafo único - A critério da Diretoria Executiva da AFFEGO, e mediante o pagamento de coparticipação, nos limites previsto neste Regulamento, o AFFEGO-SAÚDE poderá:

- I - Prestar assistência médica ambulatorial própria a seus usuários, desde que apresentadas as justificativas em requerimento firmado pelo usuário ou responsável e não haja manifestação em contrário do médico assistente;
- II - Oferecer tratamento preventivo e/ou de manutenção de saúde, em atendimento primário, visando a melhoria de qualidade de vida.

Seção III - DAS ACOMODAÇÕES

Art. 5º - Nas internações hospitalares, o paciente terá direito à acomodação em apartamento simples, com banheiro privativo, à acomodação para o acompanhante e ao uso de telefone para chamadas locais, inclusive alimentação.

Parágrafo único - Em termos de acomodações, o plano AFFEGO-SAÚDE oferece, ainda, nas seguintes situações e nas condições que especifica:

I - Acomodação e alimentação para acompanhante de paciente menor de 18 (dezoito) anos de idade e idosos com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, e/ou pessoas portadoras de necessidades especiais;

II - Paramentação, acomodação e alimentação, para acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente, conforme assegurado pela lei 11.108 de 07/04/2005.

CAPÍTULO III - DISPOSIÇÕES RESTRITIVAS

Seção I - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Art. 6º - Excluem-se da assistência prevista neste Regulamento:

I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, inclusive, aqueles que:

- a) Empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas/não regularizadas no país;
- b) São considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia;
- c) Cuas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off label).

II – Tratamentos ou cirurgia ilícitos ou antiéticos;

III – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade ou anomalia congênita;

IV - Fertilização in vitro ou vídeo assistida e inseminação artificial;

V - Cosmetologia, esfoliação química superficial e profunda, epilação (implante de cabelos) e esclerose de varizes;

VI - Implante ou transplante de tecidos ou órgãos, exceto de córnea, rim e medula óssea, autóloga ou alogênica, observada a diretriz de utilização – DUT/ANS;

VII - Fornecimento de aparelho ortopédico e prótese externa, exceto para redução de fratura e hérnia discal;

VIII - Atendimento domiciliar, exceto em casos autorizados neste regulamento, observadas a Instrução normativa para esse fim expedida;

IX - Condicionamento físico;

X - Medicamentos não constantes de fatura hospitalar, exceto para tratamento oncológico e os classificados como agentes biológicos ou biossimilares nas situações e doenças previstas nas Diretrizes de Utilização – DUT;

XI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, bem como, os importados e não nacionalizados;

XII - Tratamento e serviços não constantes na tabela de procedimentos médicos em vigor, exceto consulta médica homeopática e exames complementares com tecnologia mais avançada, que, sob avaliação da Auditoria Médica do plano, represente maior segurança para médico e/ou paciente;

XIII - Doenças ou lesões preexistentes na data da adesão ao plano de saúde ou delas decorrentes, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses;

XIV - Remoção de paciente, exceto por via terrestre, se atestada pelo médico a impossibilidade de locomoção e realizada para hospital conveniado, cujo caso médico demande internação;

XV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, inclusive aplicação de medicamento BOTOX.

XVI - Procedimentos clínicos, cirúrgicos, endocrinológicos, ou de colocação de órteses e próteses com finalidade estética, bem como os decorrentes de alterações psicossomáticas ou de “stress”;

XVII - Fornecimento de:

- a) próteses auditivas;
- b) próteses, órteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico;
- c) próteses e órteses importadas, observadas as exceções previstas neste regulamento;

XVIII - Óculos ou lente contato, assim como teste de adaptação;

XIX - Tratamento dentário e serviços correlatos, exceto os casos de lesões traumáticas bucomaxilofacial decorrentes de acidentes;

XX - Malformação congênita e suas consequências, exceto para os dependentes e/ou beneficiários nascidos na vigência do contrato e expirado o período de carência da mãe;

XXI - Vacinas, exceto dos Programas de Vacinação oferecidos pelo Plano;

XXII - Despesas estranhas ao tratamento médico;

XXIII - Diária de apartamento de retaguarda quando o paciente for internado em UTI;

XXIV - Adoçantes e suplementos alimentares de quaisquer naturezas;

XXV - Avaliação clínica, laboratorial e check-up sem finalidade de diagnóstico ou tratamento;

XXVI - Cirurgia com finalidade de mudança de sexo;

XXVII - Despesas resultantes de atos ilícitos;

XXVIII - Estadas em estações de águas Minerais, SPA, casa de repouso e similares.

XXIX - Imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso;

XXX - Intervenções cirúrgicas plástico-cosméticas ou sociais, tratamento para efeito de embelezamento, de obesidade (exceto mórbida), de celulite e outros, mesmo que justificadas por razão médica;

XXXI - Intervenções cirúrgicas que visem ao tratamento de esterilidade ou infertilidade;

XXXII - Exames ou procedimentos pré e pós cirurgias em eventos não cobertos pelo plano;

XXXIII - Medicina ortomolecular;

XXXIV - Meias, cintas, ataduras, calças elásticas e assemelhados;

XXXV - Objetos e produtos de uso pessoal e higiene;

XXXVI - Cuidados post-mortem, formalização e embalsamamento;

XXXVII - Colchões ortopédicos ou magnetizados;

XXXVIII- Internação de véspera, inclusive sábados, domingos e feriados, para realização de procedimentos ou cirurgias, salvo aquelas previamente autorizadas pelo Diretor Técnico do AFFEGO-SAÚDE, em decorrência de sua complexidade;

XXXIX- Internações para realização de eventos procedimentos ou exames com o fim de esclarecimento diagnóstico, quando passíveis de execução em ambulatório;

§1º - Na hipótese de uso de próteses e órteses importadas, observar-se-á o seguinte:

I - Não havendo similar nacional da prótese requisitada e sendo imprescindível a sua utilização, o filiado deverá encaminhar requerimento à Diretoria do AFFEGO-SAÚDE para análise, com antecedência mínima de 21 (vinte e um) dias, acompanhado de relatório médico justificando a utilização da prótese;

II - Quando o filiado optar pela utilização da prótese ou órtese, importada e houver similar nacional ou quando o requerimento previsto no inciso anterior for indeferido, o usuário deverá assumir 50% do valor da prótese ou órtese usada, não podendo ser, esse valor, superior à diferença de preço existente entre a prótese nacional e a importada;

III - Excluem-se do pagamento da diferença apontada no inciso anterior, as próteses - OPME, reabsorvíveis, sendo de responsabilidade do plano AFFEGO-SAÚDE o pagamento integral, mediante parecer do Diretor Técnico do plano.

Seção II - LIMITAÇÕES NO USO DOS SERVIÇOS

Art. 7º - A assistência médico-hospitalar de que trata este Regulamento, fica sujeita aos limites, previstos nas tabelas de preços, observadas para efeito de negociações e contratações feitas com os prestadores de serviços, unidades hospitalares e profissionais credenciados, rigorosamente de acordo com as regras do ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, observando-se, ainda:

I - Diária de hospitalização, em apartamento simples;

II - Serão pagas, pelo filiado, diretamente ao prestador, as diferenças de preços verificadas entre a tabela do estabelecimento médico-hospitalar e a tabela padrão de preços adotada pelo AFFEGO-SAÚDE, relativamente aos serviços utilizados pelo filiado, quando mais de um estabelecimento disponibiliza o mesmo serviço e o filiado optar pela instituição que cobrar maior preço.

III - Quando o paciente já estiver sob os cuidados do médico responsável pela internação, o AFFEGO-SAÚDE não responderá pelos honorários de outro médico, da mesma especialidade, cujas despesas serão de responsabilidade direta do filiado.

CAPÍTULO IV - COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA

Seção I - DEFINIÇÃO E CÁLCULO

Art. 8º - Entende-se por coparticipação ou franquia, o sistema pelo qual o filiado e usuário do Plano AFFEGO-SAÚDE, participa diretamente no pagamento pelos serviços que lhes são prestados, sob o título de cota parte ou franquia, adotados como elemento de controle e de moderação no uso do plano e pago, nos seguintes limites:

I - Consulta médica ou psiquiátrica:

- a) até 6 (seis) sem coparticipação;
- b) de 7 (sete) a 12 (doze), 30% (trinta por cento);
- c) acima de 12 (doze), 50% (cinquenta por cento);

II - Terapias para tratamento de portadores de TOC, TDAH, TEA, DOWN e outros: 50% (cinquenta por cento) do valor do serviço ou atendimento.

III - Exame laboratorial e de imagem:

- a) 30% (trinta por cento);
- b) 10% (dez por cento) para usuários portadores de patologia oncológica, diabetes e renal;

IV - Psicoterapia de crise: 50% (cinquenta por cento);

V - Escleroterapia: 50% (cinquenta por cento);

VI - Acima de 60 (sessenta) diárias de internação:

- a) Psiquiátrica: 30% (trinta por cento) do valor da diária;
- b) Por dependência química e/ou alcoólica: 10% (dez por cento) do valor da diária.

VII - Tratamento ambulatorial eletivo: 50% (cinquenta por cento) aplicados sobre o valor total do procedimento;

VIII - Utilização de anel intraestromal na córnea para pacientes com CERATOCONE, nos estágios III e IV, 50% (cinquenta por cento);

IX - Utilização de prótese importadas, com similar nacional ou não autorizada pelo AFFEGO-SAÚDE, 50% (cinquenta por cento) do valor da prótese, não podendo o valor da coparticipação ser superior à diferença entre a prótese importada e a nacional;

X - Cobertura de medicamentos classificados como agentes biológicos e/ou biossimilares, nas situações e doenças previstas nas Diretrizes de Utilização - DUT, 50% (cinquenta por cento) do valor do medicamento.

§1º - No cálculo dos pagamentos previstos neste Regulamento, quando no todo ou em parte for de responsabilidade do titular, incluem-se o valor pago pelo AFFEGO-SAÚDE, ao prestador dos serviços, bem como os encargos financeiros, sociais e tributários, se incidentes, e calculados sobre os valores cobrados pelo atendimento.

§2º - Será cobrado do titular;

I – O valor correspondente a 10% do total das despesas relativamente aos serviços prestados ao associado, com intervenção, na prestação ou na negociação, de outro plano de Saúde, resultante do processo de reciprocidade ou de execução de convênios;

II - O valor total das despesas médico/hospitalares, a título de ressarcimento, quando se tratar de serviços não cobertos pelo plano ou quando houver a autorização indevida;

III - Quando o atendimento ocorrer durante o período de carência regulamentar, exceto as situações de urgência e emergência.

§3º - Além das limitações previstas neste Regulamento, serão cobrados do filiado o dobro do valor das despesas estranhas ao tratamento médico, inclusive as efetuadas por visitantes ou acompanhantes;

Art. 9º - O pagamento dos serviços médicos hospitalares, prestados dentro dos limites deste regulamento, será feito diretamente pelo AFFEGO-SAÚDE.

§1º – O pagamento dos atendimentos não previstos neste Regulamento ou prestados por profissionais e instituições não cadastradas no AFFEGO-SAÚDE, será efetuado diretamente pelo atendido ao prestador dos serviços.

§2º – Em virtude de negociação em que haja interferência do AFFEGO-SAÚDE, em tratamentos não autorizados ou por profissionais ou instituições não credenciadas, se houve o pagamento realizado pelo AFFEGO-SAÚDE, o paciente obriga-se ao pagamento da diferença existente entre o valor cobrado e a tabela de preços do AFFEGO-SAÚDE.

CAPÍTULO V - FILIAÇÃO, SUSPENSÃO E EXCLUSÃO DO PLANO AFFEGO-SAÚDE

Seção I - FILIADOS NATURAIS

Art. 10 – O plano AFFEGO-SAÚDE é destinado aos SERVIDORES PÚBLICOS INTEGRANTES DO QUADRO DO PESSOAL DO FISCO DO ESTADO DE GOIÁS, inscritos na Associação dos Funcionários do Fisco do Estado de Goiás – AFFEGO, considerados os filiados naturais.

§1º – O Associado da AFFEGO, poderá, a qualquer tempo, requerer, no plano AFFEGO-SAÚDE, a sua inscrição, na condição de Titular, e a de seus familiares, dependentes ou agregados, mediante a apresentação de documentos que comprovem em que condições serão eles inscritos, consoante as categorias previstas neste Regulamento, bem como os demais associados, observando-se, as seguintes limitações:

I – Até o quarto grau de parentesco consanguíneo;

II – Até o segundo grau de parentesco por afinidade;

III – Criança ou adolescente, sob termo de guarda, tutela ou curatela.

§2º - Em qualquer situação de parentesco direto ou por afinidade, e nas demais situações em que ocorre o termo de guarda, tutela ou curatela, o titular ou o continuísta ou agregado que assumir a indicação do filiado ou assumir a condição de responsável, no caso de falecimento do titular ou a pessoa que assumir a condição de continuísta, responderá pelas obrigações de natureza financeira, inclusive na hipótese de uso inadequado do plano.

Seção II - DEMAIS FILIADOS

Art. 11 – Poderão, ainda, se filiarem no plano AFFEGO-SAÚDE, conforme o caso, (a) pensionista, ou o(a) o continuísta, desde que sejam associados à AFFEGO e atendam às exigências fixadas neste Regulamento para o ingresso ou permanência no Plano, podendo ainda obter a inscrição no plano saúde os servidores da AFFEGO, mediante autorização da instituição empregadora, dentro das condições que especifica em resolução expedida para esse fim.

§1º - Para os efeitos deste artigo:

I - **Pensionista** é o cônjuge supérstite ou a pessoa que tenha obtido o direito de permanecer no Plano de Saúde, por determinação judicial;

II – **Continuísta** é a pessoa filiada ao Plano de saúde na condição de dependente ou agregado e que, em razão do falecimento do (a) titular ou do (a) cônjuge supérstite,

poderão permanecer no plano ou nele ser inscrito, desta feita sob a modalidade de continuísta.

III – **Filiados temporários** são os colaboradores da AFFEGO, após o período de experiência, não se estendendo essa permissão aos executores de serviços eventuais e nem aos trabalhadores fornecidos por empresas que forem terceirizadas, conveniadas ou contratadas para prestação de serviços.

§2º - A inscrição no Plano AFFEGO SAÚDE dar-se-á:

I – Por iniciativa dos Associados, titulares, nas seguintes situações:

a) – Dependentes:

- 1 – O cônjuge;
- 2 – Os filhos e enteados se menores de 21 anos e menor sob guarda reconhecida judicialmente.

b) – Agregados:

- 1 – Os filhos e enteados se maiores de 21 anos;
- 2 – Os pais, o padrasto, a madrastra, os irmãos, os sogros, os genros, as noras, os cunhados, os netos, bisnetos e sobrinhos.

II – Por iniciativa do (a) continuísta, que poderá:

- a) Permanecer com sua inscrição no plano, alterando a condição de dependente para continuísta, conforme o caso;
- b) Requerer sua inscrição e ou a de seus dependentes e agregados, observando-se limitações, que compreende o parentesco consanguíneo, até o terceiro grau, e, por afinidade, até o primeiro grau;

III – Por iniciativa dos demais já inscritos no plano, na hipótese de falecimento do titular e ou pensionista, caso em que poderão se manifestar sobre a sua permanência no plano, na condição de continuísta, podendo assumir as responsabilidades, inclusive as de natureza financeira, quanto a outros dependentes e ou agregados, se já estiverem inscritos no plano, ficando limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e primeira grau de parentesco por afinidade.

IV – Por iniciativa da entidade empregadora – AFFEGO, em relação a seus (suas) colaboradores (as) e respectivos dependentes, que atenderem aos limites, condições e demais formalidades, chamados filiados ou associados temporários.

§3º - Equipara-se à condição de cônjuge a companheira ou companheiro, assim entendidos aqueles que satisfaçam as exigências da legislação civil em vigor, comprovando a condição de união estável.

§4º - Deve ser observado o seguinte com referência ao grupo familiar:

I - Os enteados e os filhos de enteados só poderão ser inscritos como beneficiários se os respectivos pais ou avós já forem inscritos como beneficiários do requerente;

II - Os cônjuges de enteados, de netos e de sobrinhos só poderão ser inscritos como beneficiários se os respectivos enteados, netos ou sobrinhos já forem inscritos como beneficiários do requerente;

§5º - No caso de morte do filiado titular, não deixando cônjuge supérstite, poderão os beneficiários já inscritos optarem por continuar no plano, desde que a solicitação se dê no prazo de 30 (trinta) dias após o falecimento do titular, devendo o pagamento de suas cotas ser efetivado conforme as regras deste regulamento, previstas para os demais filiados.

§6º - Aos beneficiários que assumirem as responsabilidades pelas obrigações perante o plano AFFEGO-SAÚDE, resultantes de sua inscrição ou do grupo pelo qual ficou responsável, havendo atraso em quaisquer dos pagamentos, aplicar-se-ão as regras estabelecidas neste regulamento, sejam de efeito de ressarcimento, punitivo ou de medidas rescisórias.

§7º - Os beneficiários, que optarem por continuar no AFFEGO-SAÚDE serão representados por um deles, indicado para esse fim, que deverá associar-se à AFFEGO, sob o título de sócio continuísta, com o ônus da contribuição mensal e os direitos de usufruir dos demais serviços oferecidos pela entidade, podendo, na condição de associado, promover a inclusão, na condição de beneficiários, das pessoas do seu grupo familiar, observadas as limitações previstas neste Regulamento;

§8º - Para associar-se à AFFEGO, com o efeito de permanência no plano AFFEGO-SAÚDE, o (a) interessado (a) continuísta, excetuando o (a) pensionista, deverá comprovar a existência de renda compatível para assumir os compromissos decorrentes da associação e custeio das despesas relativas à filiação, sua e a dos participantes do grupo, pelo qual assume a responsabilidade.

§9º - Em caso de separação judicial, divórcio, ou nulidade ou anulação de casamento, o(a) filiado (a) deverá comunicar a nova condição do (a) ex-cônjuge, a partir dos efeitos legais, a fim de definir sua permanência ou exclusão do plano AFFEGO-SAÚDE.

§10 - Equipara-se à condição de filho, o menor sob guarda e o filho adotivo, assim entendidos aqueles que satisfaçam as exigências da legislação civil em vigor, inclusive a decretação por sentença se for o caso.

§11 - Para os efeitos deste artigo, somente será admitido como dependente ou agregado aquele cujo pedido de inscrição esteja instruído por provas documentais.

§12 - Os filhos de companheiros ou companheiras (enteados) bem assim os havidos em uniões anteriores, também poderão ser inscritos como dependentes ou agregados, desde que comprovem sua condição, através de documentos ou decisões judiciais.

SEÇÃO III - DOS USUÁRIOS TEMPORÁRIOS

Art. 12 - Com prévia autorização da entidade empregadora, admite-se a inscrição de colaborador da AFFEGO, ao AFFEGO-SAÚDE, na condição de usuário temporário, além das normas aplicáveis aos demais filiados, deverão ser observadas as seguintes regras específicas:

I - Podem participar, enquanto persistir o vínculo trabalhista, apenas o colaborador, o cônjuge e seus filhos menores de 21 (vinte e um) anos;

II - Relativamente a cada uma das pessoas de que trata o inciso anterior, o valor da cota calculado segundo a respectiva idade, conforme o previsto neste regulamento, que será cobrado segundo o seguinte sistema:

- a) 40% (Quarenta por cento) por conta do colaborador;
- b) 60% (Sessenta por cento) por conta da entidade empregadora.

§1º - O pagamento integral dos valores correspondentes à soma dos percentuais previstos no inciso anterior, bem como os demais encargos previstos neste regulamento é de responsabilidade da entidade empregadora, cabendo a esta autorizar a filiação e permanência no plano, procedendo-se ao desconto da parte que for de responsabilidade do colaborador na folha de pagamento, em conformidade com as disposições legais pertinentes ao fato;

§2º - Não fazem jus ao benefício previsto neste parágrafo os colaboradores que são ou que podem ser associados da AFFEGO, como Titular ou Pensionistas, bem como os que são

cônjuges ou companheiros de pessoas que são ou podem ser associados da AFFEGO nas referidas categorias;

§3º - Aos colaboradores e pessoas referenciados neste parágrafo aplicar-se-ão as demais normas de que trata este regulamento;

§4º - Aos colaboradores da AFFEGO, com prévia anuência da entidade empregadora, será facultado a inclusão ou manutenção no plano AFFEGO-SAÚDE, de seus filhos após completarem 21 (vinte e um) anos, hipótese em que arcarão integralmente com o valor da cota prevista neste regulamento, sem excluir a responsabilidade solidária da entidade empregadora;

§5º - Os colaboradores inscritos como usuários temporários do AFFEGO SAÚDE, com prévia anuência da entidade empregadora e comprovado que os encargos são assumidos pelo colaborador, perante o plano AFFEGO-SAÚDE, não ultrapassem a 30% (trinta por cento) do valor de sua remuneração mensal, poderá solicitar a permanência no plano de filhos com idade superior a 21 anos, bem como a inclusão de pais e sogros, sob responsabilidade exclusiva do colaborador;

§6º - Aos colaboradores da AFFEGO, vinculados ao AFFEGO-SAÚDE, no caso de rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário do plano, nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656, de 03.06.98, desde que manifeste, por escrito, este interesse dentro de 10 (dez) dias, após a data de rescisão do respectivo contrato de trabalho, independentemente de qualquer notificação por parte da entidade empregadora ou da Diretoria do Plano de Saúde;

§7º - A falta da manifestação prevista no parágrafo anterior, assegura à Diretoria do plano AFFEGO-SAÚDE o direito de exclusão do(a) ex-colaborador (a) e seus respectivos beneficiários, adotando-se as providências necessárias para os acertos pendentes e devolução das carteiras de identificação.

Seção IV – REQUERIMENTOS, DOCUMENTOS E FORMALIDADES

Art. 13 - Para inscrição é obrigatório:

- a) Avaliação Pré-Admissional, em formulário próprio, exceto para recém-nascido de mãe ou pai inscrito na AFFEGO;
- b) Declaração firmada pelo requerente, de que tem conhecimento das regras contidas no Regulamento, cópia deve ser entregue com antecedência ao postulante da inscrição.

- c) Exibição dos documentos pessoais, inclusive comprovante de endereço;
- d) Termo de compromisso financeiro, quanto aos encargos decorrentes da filiação e do uso dos serviços disponibilizados pelo AFFEGO-SAÚDE, consoante as exigências deste Regulamento;
- e) Termo de autorização quanto a forma de pagamento, boleto bancário, débito automático ou desconto em folha de pagamentos ou outra formalidade, conforme o caso;
- f) Requerimento, em formulário que contenha a indicação sobre a condição de filiação e os dados cadastrais.

§1º – Para efeito de inscrição, observar-se-á:

- a) A inscrição efetuada após o dia 15 do mês, terá vigência a partir do 1º dia do mês subsequente, salvo se houver o pagamento integral do mês em curso, caso em que a vigência da inscrição será imediata.
- b) É indispensável, em qualquer situação, a comprovação da capacidade financeira do requerente.

§2º - O filiado é responsável pela totalidade das obrigações financeiras, ainda que sejam resultantes de serviços prestados a seus beneficiários, ressalvada a responsabilidade da entidade empregadora, AFFEGO, quanto a inscrição de seus colaboradores, descendentes e agregados destes e a responsabilidade solidária, na condição de entidade empregadora.

Seção V - DA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO ATENDIMENTO

Art. 14 - O filiado, juntamente com seus beneficiários, ou o beneficiário ou grupo de beneficiários com desmembramento de pagamento, quando autorizado, terá suspenso o direito à assistência objeto deste regulamento, quando deixar de cumprir qualquer obrigação financeira pertinente ao AFFEGO-SAÚDE por mais de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou por mais de 100 (cem) dias não consecutivos nos últimos doze meses de vigência do contrato, devendo o Diretor Geral do plano cientificá-lo, por correspondência com Aviso de Recebimento (AR), de sua situação em, no mínimo 10 (dez) dias antes de formalizar a suspensão.

§1º - O atraso de qualquer pagamento previsto neste regulamento implicará ao filiado titular uma multa de 2% (dois por cento) e mais juros de 1% (um por cento) ao mês, ou fração de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) ao dia, sobre o valor em atraso.

§2º - Não se aplicam as regras relativas à suspensão de atendimentos e cobranças de acréscimos financeiros, previstos neste artigo, quanto a (o) ex-cônjuge ou ex-companheira(o), ainda não tenha recebido a pensão, a que passou a ter direitos em razão do falecimento do(a) titular.

§3º - Para fins deste regulamento considera data de vencimento das obrigações, junto ao AFFEGO-SAÚDE, o dia 12 do mês subsequente ao período de apuração do rateio mensal.

§4º - Com autorização da Diretoria Executiva da AFFEGO, os débitos com o AFFEGO SAÚDE, exceto os referentes ao rateio mensal, poderão ser parcelados em até 12 (doze) parcelas mensais, iguais e consecutivas, desde que observados os acréscimos financeiros, multa e juros previstos neste artigo, não podendo o valor da parcela mensal ser inferior ao montante que representa 3(três) cotas do último rateio mensal.

§5º - Nos parcelamentos concedidos pela AFFEGO em relação aos compromissos assumidos perante o plano AFFEGO-SAÚDE, o pagamento da primeira parcela, suspende o processo de cobrança, até que haja a quitação definitiva da dívida, exigindo-se a regularidade quanto aos pagamentos mensais.

§6º - Não serão admitidos atrasos superiores a duas parcelas, sob pena de ocorrer a denúncia do acordo de parcelamento, restabelecendo-se o processo de cobrança e ou execução de sentença, sem prejuízos das medidas legais quanto a suspensão ou exclusão do devedor e de seus beneficiários, se for o caso.

§7º - Havendo o atraso de qualquer dos compromissos assumidos, o filiado ou seus beneficiários poderão comparecer à administração do plano AFFEGO-SAÚDE, para definir um plano de saneamento, evitando-se desta forma os constrangimentos aplicados aos inadimplentes, inclusive o processo de suspensão ou exclusão e o encaminhamento da questão ao Departamento jurídico para o processo legal de cobrança.

§8º – O filiado, titular, pensionista ou continuísta, poderá solicitar, por escrito, o demonstrativo do pagamento da (s) cota (s) de seu (s) dependente (s) ou agregado (s), para efeito de providenciar o pagamento ou para mero conhecimento e controle no uso do plano, procedimento que não exclui a responsabilidade do responsável pelo grupo.

§9º – Em relação ao grupo familiar, havendo ou não o desmembramento da fatura mensal, qualquer medida que for adotada para o saneamento de quaisquer irregularidades, de algum participante do mesmo grupo, o assunto deve ser levado ao conhecimento do titular, tendo em vista sua responsabilidade solidária na dívida, para que sejam acionados, o devedor e se for o caso o titular, para efeito de cobrança de débitos pendentes de acertos.

§10 - Para contagem dos dias não consecutivos previstos no caput deste artigo, devem ser somados cumulativamente os dias de inadimplência ocorridos a partir do dia 12 (doze) de cada mês, mesmo se os pagamentos em atraso tenham sido feitos.

Art. 15 - É obrigação do associado, comunicar à secretaria do plano AFFEGO-SAÚDE, as alterações de seu endereço residencial, independentemente de qualquer solicitação, bem como atender os comunicados para efeito de alterações e/ou complementações dos dados cadastrais, mantendo em seu poder a carteira de identificação de filiado ao plano de saúde.

Parágrafo único. A falta de cumprimento das disposições desse artigo poderá implicar no constrangimento ao filiado titular, de ser comunicado sobre a pendência e de ser convocado para o imediato saneamento da irregularidade, justamente quando necessitar do atendimento médico/hospitalar, inclusive em casos de urgência e emergência.

SEÇÃO VI - EXCLUSÃO DO PLANO AFFEGO-SAÚDE

Art. 16 – O filiado, titular, pensionista ou continuísta, serão excluídos do AFFEGO-SAÚDE, nas seguintes hipóteses:

- I - Por sua própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito;
- II - Por fraude ou dolo;
- III - Por omissão de informações ou tentativa de obter vantagem indevida, por qualquer meio;
- IV - Por embaraço a qualquer exame ou diligência necessários ao resguardo dos interesses do AFFEGO-SAÚDE;
- V - Em consequência de eliminação do quadro associativo da AFFEGO;
- VI - Em consequência de demissão, por justa causa, do serviço público estadual;
- VII - Por descumprimento de seus compromissos financeiros decorrentes deste regulamento por mais de 90 (noventa) dias consecutivos ou 150 (cento e cinquenta) dias não consecutivos nos últimos doze meses de vigência do contrato, devendo o Diretor Geral do plano, no mínimo, em 10 (dez) dias antes de formalizar a exclusão, notificá-lo de sua situação:
 - a) Por correspondência com Aviso de Recebimento (AR);

- b) Por edital, na forma da lei, caso a cientificação por correspondência não se concretizar por motivo de falta de atualização do respectivo endereço por parte do associado;

VIII - Por demissão por justa causa em se tratando de usuário temporário.

§1º - Até completar o tempo de 36 meses contados da data da filiação, se o usuário decidir pela sua exclusão do plano, deverá ser providenciado o pagamento da diferença, se houver, entre os valores recolhidos ao plano saúde, desde sua filiação, e os gastos nos serviços que lhe foram dispensados, se for o caso, não podendo, em, hipótese alguma o saldo positivo de uma ou mais pessoas do grupo ser utilizado para compensação de saldo negativo de quem resolver dissociar-se, compensação na qual não se pode incluir o valor da taxa de inscrição.

§2º - No caso de pedido de exclusão, por vontade do solicitante, dentro de 30 (trinta) dias, poderá o associado titular solicitar o retorno, seu e de seus beneficiários, nas mesmas condições que se encontravam anteriormente, o que será apreciado pela Diretoria da AFFEGO, desde que não haja descontinuidade de pagamento das cotas mensais ao AFFEGO-SAÚDE, caso em que não será cobrada a nova taxa de inscrição.

§3º - A exclusão por morte deverá ser providenciada, assim que houver o conhecimento do óbito, através de requerimento apresentado por familiares com a entrega da Certidão de Óbito, devendo o falecido ficar excluído das obrigações resultantes do rateio mensal, relativamente as despesas verificadas após o mês de ocorrência do óbito.

§4º - Os familiares são obrigados a fornecer a informação sobre o óbito de qualquer das pessoas pertencente ao grupo familiar e caso não seja formalmente comunicado ou entregue a certidão de óbito, a AFFEGO e o Plano Saúde não serão responsabilizados por cobranças indevidas e nem pela falta de atendimento por parte de profissionais, quando o requisitante não dispuser de documentos e dados necessários à identificação de que se trata de filiado ao plano de saúde.

§6º - No prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da ocorrência do óbito, deverá o cônjuge supérstite, optar por continuar no plano AFFEGO-SAÚDE.

§7º - Havendo a manifestação do cônjuge supérstite, não será considerado a ocorrência de inadimplência, facultando-lhe que a quitação dos valores pendentes ocorra assim que se lhe reconheçam a condição de pensionista e seja providenciado o pagamento dos valores a que tem direito na condição de pensionista, período dentro do qual a direção do AFFEGO-SAÚDE, deverá disponibilizar ao cônjuge supérstite e aos beneficiários, os esclarecimentos necessários à regularização da situação.

§8º - Nas hipóteses de exclusão previstas neste artigo observar-se-á:

- a) sob a responsabilidade do titular ou da entidade empregadora, deverá ocorrer o pagamento, relativo às obrigações financeiras referentes ao mês da comunicação, bem como os valores relativos à diferença entre o valor dos serviços utilizados e o valor pago, nos últimos 36 (trinta e seis) meses, do retirante ou dos integrantes do grupo que se retiram, não podendo haver compensação com utilização de cotas dos demais excluídos.
- b) a exclusão do plano em razão de falta cometida pelo filiado, tem o efeito de medida correcional e a penalidade atingirá, somente a pessoa que lhe der causa, quando o faltoso, dependente e/ou agregado, tiver idade superior a 18 anos;
- c) terá advertência ao titular do plano se o faltoso tiver idade inferior a 18 anos, sem prejuízo do adimplemento correspondente ao valor do prejuízo financeiro, inadmitindo-se, neste caso a reincidência, que motivará a exclusão do plano.

§9º - Nas hipóteses de atrasos nos pagamentos, na contagem dos dias não consecutivos devem ser somados cumulativamente aos dias de inadimplência ocorridos a partir do dia 10 (dez) de cada mês, ainda que os pagamentos tenham sido feitos com atrasos.

§10 - Ocorrendo a exclusão do filiado titular, pensionista ou continuísta observar-se-á ainda:

- I – A exclusão do Plano de Assistência à Saúde AFFEGO-SAÚDE, devidamente comunicada por escrito, implica em cessação, a partir do 1º dia do mês seguinte, de qualquer cobertura ou assistência à saúde.
- II – A exclusão do filiado, titular, pensionista ou continuísta, implicará na exclusão automática de seus dependentes e agregados, salvo no caso do falecimento.
- III – A exclusão do AFFEGO-SAÚDE, implicará em exigência de pagamento de quaisquer despesas decorrentes de serviços prestados e utilizados pelo filiado, titular, pensionista ou continuísta, ou ainda por seus dependentes e agregados, pendentes de acertos.
- IV – Em qualquer das hipóteses previstas neste artigo, no tocante a exclusão do filiado no AFFEGO-SAÚDE, será obrigatória a devolução da(s) carteira (s) de identificação do titular, dependente(s) e/ou agregado (s) bem como do pensionista ou continuísta, sendo necessária, ainda, a assinatura do termo de responsabilidade pelo uso indevido da(s) mesma(s), se já ocorreu ou se vier a ocorrer, no caso de não devolução desse documento de identificação, no momento que for solicitada a exclusão.

V – No mês do pedido de cancelamento é devida a cota. A exclusão no demonstrativo de pagamento será a partir do mês seguinte à solicitação.

VI – Ocorrendo a exclusão de qualquer dos inscritos no plano AFFEGO-SAÚDE, ainda que tenha apresentado o pedido de cancelamento da inscrição, será devido o valor do rateio mensal, enquanto não for providenciado os acertos financeiros resultantes da exclusão.

§11 – Excetuando de exclusão a pedido, formulado pelo associado, titular, pensionista, dependente ou agregado, nas demais hipóteses deverão ser providenciados o respectivo processo e a manifestação pelo setor jurídico da AFFEGO.

§12 – A exclusão do titular implicará na exclusão automática de seus beneficiários, ressalvadas as hipóteses de continuidades amparadas neste Regulamento

Seção VII - REFILIAÇÃO NO PLANO AFFEGO-SAÚDE

Art. 17 – Poderão solicitar o reingresso no plano de saúde o titular, seus dependentes ou agregados, a qualquer tempo, devendo apenas formalizar o pedido de filiação, do titular ou continuísta e do seu grupo familiar, observando-se:

I – Em qualquer hipótese, comprovando-se, inicialmente, a regularização total das pendências financeiras:

II – Se o retorno ocorrer depois de 30 (trinta dias) do afastamento, será devida nova taxa de inscrição referente a cada um dos inscritos.

III – No caso de afastamento por iniciativa do AFFEGO SAÚDE, em razão de falta que tenha ensejado o afastamento, o reingresso dependerá da comprovação de regularidade financeira e de aprovação pela Diretoria Executiva da AFFEGO, além de manifestação da Diretoria do AFFEGO-SAÚDE, que, sendo contrária ao pedido apresentado, comporta recurso ao Conselho de Administração da AFFEGO, não se admitindo, em hipótese alguma, a reincidência.

IV – Em caso de retorno ao plano, após o transcurso de 30 dias contados da data da exclusão, o filiado, titular, pensionista ou continuísta, fica obrigado a providenciar nova adesão ao AFFEGO-SAÚDE, submetendo-se ao cumprimento de carência, bem como a adequação dos valores da cota parte de cada um, no rateio, segundo os critérios previstos neste Regulamento, mesmo que seja titular, esposa ou filhos menores de 21 anos, submetendo-se, ainda, à aprovação pela Diretoria Executiva, de cujo indeferimento comporta recurso para o Conselho de Administração.

V – O filiado que se afastar temporariamente do serviço público poderá continuar integrante do AFFEGO-SAÚDE, desde que atenda às exigências estipuladas neste Regulamento e ocorra a comunicação sobre a sua situação funcional.

Seção VIII - FALECIMENTO DO TITULAR

Art. 18 – No caso de falecimento do associado titular da AFFEGO, os pensionistas associados da AFFEGO poderão inscrever-se como titular no AFFEGO-SAÚDE, mediante requerimento dirigido ao Diretor do plano.

§1º – A faculdade prevista neste artigo estende-se aos dependentes e agregados, hipótese em que a inscrição dos mesmos, deverá se fazer a qualquer tempo, através de requerimentos, documentos pessoais de cada um e o termo de compromisso firmado pelo (a) pensionista, relativamente às obrigações financeiras do grupo, conforme as normas deste Regulamento, assumindo também os encargos decorrentes da filiação, assim entendido, os valores relativos a inscrição de cada um dos integrantes do grupo e observância do prazo de carência.

§2º - O cônjuge supérstite, deverá manifestar o seu interesse em se inscrever, na condição pensionista, mediante requerimento em formulário próprio, instruído com documentos pessoais e outros que comprovem o estado de viuvez, além de firmar termo de responsabilidades quanto às obrigações de ordem financeira e demais compromissos previstos neste Regulamento.

§3º - Se cônjuge supérstite, seus dependentes e agregados já estiveram inscritos no AFFEGO-SAÚDE, como dependentes do titular falecido, ficarão isentos do pagamento da taxa de inscrição devida nos termos deste Regulamento, e desobrigados da observância dos prazos e carência se já os tiverem cumprido em situação anterior.

§4º - No caso de falecimento do associado titular o cônjuge ou companheiro(a) supérstite e os respectivos dependentes e agregados, se houverem, ficarão com a responsabilidade de pagamento de possíveis débitos remanescentes da titularidade do(a) falecido(a) e daqueles subsequentes, enquanto não sejam formalizadas a transferência de titularidade e a exclusão total ou parcial do grupo familiar, na forma prevista neste Regulamento.

§5º - Salvo as isenções previstas neste Regulamento, nenhuma pessoa poderá ser inscrita no plano, sem o pagamento da taxa de inscrição, ficando, excluídos, dessa obrigação os que tenham atendido o período de carência, ou aqueles que, atendendo as exigências formais, já estando inscritos no plano, irão apenas mudar de denominação, passando de dependente, pensionista ou agregado, à condição de continuísta.

§6º - No caso de falecimento do titular e do cônjuge supérstite, aplicam-se as seguintes regras:

I – Os dependentes menores de 18 anos e os incapazes terão o direito de usufruir dos serviços prestados pelo AFFEGO-SAÚDE até que haja definição legal quanto a tutela ou curatela, dos mesmos, data a partir da qual será obrigatória a participação no respectivo rateio das despesas mensais.

II – Poderão permanecer inscritos no AFFEGO-SAÚDE, na condição de continuísta, o dependente ou agregado, devendo um dentre eles, se mais de um houver, declarar-se como titular, formalizando o compromisso pelo grupo, através de termo de responsabilidades, quanto aos encargos financeiros, mantendo-se o número de cotas correspondente à condição, dependente ou agregado, tal como eram atribuídos, anteriormente.

III – Poderão permanecer no AFFEGO-SAÚDE, dependentes, os agregados e outros que já estavam inscritos no Serviço de Assistência à Saúde, à data do óbito, desde que tenham idade superior a 18 anos, comprovem dispor de rendas ou recursos financeiros para atender as obrigações do AFFEGO-SAÚDE e cumpram as exigências previstas neste regulamento.

IV- Ocorrendo a hipótese prevista neste parágrafo, havendo menor dependente ou agregado, ou havendo dentro do grupo um ou mais considerado (s) incapaz (es), o curador tutor ou guardião provisório denominado titular substituto, deverá manifestar expressamente dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, o desejo de manter a vinculação do mesmo ou dos mesmos, ao AFFEGO-SAÚDE, devendo ainda:

- a) Firmar termo de responsabilidade financeira perante o AFFEGO-SAÚDE
- b) comprovar no mesmo ato, que a Curatela ou Tutela decorre de deliberação judicial, através da cópia da decisão que a concedeu ou deferiu.
- c) Apresentar, no ato da inscrição, os documentos pessoais do Curador ou Tutor, bem como dos curatelados ou tutelados, assim como documentos relativos à ação judicial de onde promana a representação e responsabilidades, contendo a indicação sobre as condições do encargo, se temporário ou permanente.
- d) Assumir expressamente o compromisso de cumprirem com as obrigações e deveres previstos no Regulamento do AFFEGO-SAÚDE;

e) Autorizar, por escrito, a cobrança dos valores devidos ao AFFEGO-SAÚDE, através de desconto automático em conta corrente em banco conveniado, se funcionário público, ou mediante boleto bancário.

f) O titular substituto, assim como tutor, o curador ou guardião, que assumirem a representação legal do menor ou do incapaz, não poderão requerer inclusão de novos dependentes e beneficiados, ressalvada a hipótese prevista no item seguinte.

g) O tutor ou curador, que comprove renda própria para custear suas despesas poderá requerer junto ao plano AFFEGO-SAÚDE, a sua inclusão, pelo prazo que demandar a curatela ou tutela, findo a qual poderá, a critério da Diretoria executiva, ser mantido no plano, com direito de incluir no plano apenas seus dependentes, cônjuge e filhos.

§7º - Aos remanescentes, definidos neste artigo terão o número de cotas que lhes eram atribuídas na situação de agregado, observando-se a consequente atualização dos dados cadastrais;

Seção IX - OPÇÃO DE PERMANÊNCIA DO DEPENDENTE E DO AGREGADO

Art. 19 - Os dependentes ou agregados que estejam no plano AFFEGO-SAÚDE, poderão, na condição de continuísta, permanecer inscritos no plano, com seus dependentes e agregados, desde que haja a comprovação de rendimentos suficientes para manutenção das despesas correspondentes, caso em que este permanecerá na condição de solidário no cumprimento das obrigações relativas ao grupo.

§1º - Havendo o falecimento do associado da AFFEGO ou do (a) pensionista, que nunca foram filiados aos plano AFFEGO-SAÚDE, poderão, na condição de continuísta, requerer a inscrição, sua e a de seus dependentes, no plano AFFEGO-SAÚDE, desde que comprove a sua vinculação, na condição de esposo (a) filhos (as) netos (as), desde que haja a indicação do responsável, com a demonstração de que este é detentor de rendas e/ou recursos financeiros suficientes para a cobertura das despesas, exigindo-se neste caso o termo de compromissos quanto ao cumprimento das obrigações decorrente.

§2º - Na hipótese de titular e/ou continuísta vivos, sem condições de manifestação de vontade, serão eles representados por um dos dependentes, o que buscar a devida representação jurídica, através da ação judicial, podendo ser representados por um dos participantes do grupo, com anuência dos demais dependentes e agregados, quando o escolhido pela justiça ou pelo grupo poderá solicitar a permanência no plano, do titular e ou continuísta (os que não se acham em condições de manifestação de vontade), dele

próprio e dos demais interessados, com expedição de faturas mensais, no total ou em separado, hipótese em que o requerente assumirá as obrigações referente a todos, de forma exclusiva ou solidária, respondendo também pelas formalidades ditadas pela AFFEGO e pelo AFFEGO-SAÚDE, bem como firmar o termo de compromissos, ficando obrigado ainda à comprovação de rendas e recursos financeiros suficientes para assumir tais encargos.

CAPÍTULO VI - DO FUNDO DE RESERVA

Seção I - DEFINIÇÃO E FORMAÇÃO

Art. 20 – Entende-se por FUNDO DE RESERVAS, os valores formados e acumulados com o objetivo de prover eventuais necessidades, exclusivamente no interesse dos serviços prestados pelo plano AFFEGO-SAÚDE, cujos recursos serão mantidos em conta bancária para esse fim exclusivo, subordinado a administração especial, definidos neste regulamento, sendo vedada a utilização desses recursos em qualquer situação que não seja de interesse do Plano, especialmente em suplementos emergenciais, para manter saneados os compromissos normais perante os prestadores de serviços e para garantir aos filiados os serviços contratados, em situações em que sejam previsíveis quanto à reposição dos valores utilizados e quanto ao restabelecimento da normalidade.

§1º - Nenhuma despesa poderá ser custeada pelo fundo de reserva, sem que haja a aprovação pela Diretoria Executiva e autorização pelo Conselho de Administração, sendo vedada a sua utilização para atender interesses pessoais ou individuais, vez que tais recursos, são destinados, exclusivamente, ao saneamento do Plano, no caso de eventualidades que impossibilitem o regular e imediato rateio das despesas entre os filiados;

§2º - A utilização dos recursos do fundo de reserva em desacordo com o presente artigo será considerada ato doloso contra a Associação, sujeitando os Diretores responsáveis pelo ato, à penalidade prevista neste regulamento, no Estatuto Social da entidade e imediata devolução dos recursos ao fundo de reserva, acrescidos de juros de 1% (um por cento) ao mês, pro rata die, observando-se o índice oficiais utilizados para cálculos nos demais compromissos da instituição, correção monetária e multa de 2% (dois por cento) ao mês.

§3º - Os bens pessoais dos Diretores responsáveis pela utilização dos recursos do fundo de reserva em desacordo com o presente artigo responderão pelo prejuízo financeiro e/ou moral, causados à Associação, nos termos da Lei nº 9656 de 03.06.98.

§4º - Havendo a utilização dos recursos do Fundo de Reserva, os registros contábeis deverão conter de forma discriminada a previsão do ressarcimento, os valores e os prazos para a reposição.

Seção II - COMPOSIÇÃO E RECOMPOSIÇÃO DOS VALORES DO FUNDO DE RESERVA

Art. 21 – O fundo de reserva formado através dos valores exigidos para esse fim, acumulados desde a instituição do plano AFFEGO-SAÚDE, deverá ser mantido, preservando-se o limite mínimo, (o valor igual a três vezes a quantidade de quotas do mês, multiplicada pelo valor médio da quota dos últimos doze meses), recompondo-se mediante rateio, sempre que necessário, a ser feito em parcelas mensais, não podendo essa recomposição representar, para cada associado, acréscimo superior a 10% (dez por cento) do valor médio cobrado nos últimos 06 (seis) meses, ficando proibido a cobrança de qualquer valor sob o título “fundo de reserva” quando da inscrição de novos filiados ao plano de saúde, independentemente da idade.

§1º - A recomposição do Fundo de Reserva poderá ocorrer em quantos rateios mensais consecutivos forem necessários, para efeito de respeitar os limites previstos no caput deste artigo.

§2º – Serão incorporados no fundo de reserva, os valores recebidos pelo plano de saúde, nas seguintes situações:

- I – Recebimentos de remanescentes de parcelamentos da referida taxa, que ainda se acham pendentes;
- II – Resultantes de rateio feito para o fim de restabelecer os limites mínimos exigidos neste Regulamento;
- III – Resultados de aplicações financeiras do próprio fundo;
- IV – Doações.

CAPÍTULO VII - DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Art. 22 – Constitui taxa de inscrição os valores exigidos quanto do ingresso no AFFEGO-SAÚDE, do titular, seus dependentes, agregados, em razão de cada um, observando-se para o cálculo do montante devido, a idade de cada um deles:

- I – O valor da taxa será o correspondente uma vez o valor da mensalidade prevista para cada um dos inscritos, de acordo com a respectiva idade.
- II - Poderá, mediante autorização formal da Diretoria Executiva da AFFEGO, ser paga em até 10 parcelas mensais e consecutivas, sem acréscimos de juros e correção monetária.

Parágrafo único: Ficam isentos do pagamento da Taxa de Inscrição, os beneficiários, dependentes e agregados com idade inferior ou igual a 18 anos.

CAPÍTULO VIII - DO PEDIDO DE INSCRIÇÃO E O PERÍODO DE CARÊNCIA

Art. 23 - O filiado, seus dependentes e beneficiários, somente farão jus aos serviços especificados neste regulamento, observando-se:

I - A formalização do pedido de inscrição com a respectiva aprovação pela Diretoria do AFFEGO-SAÚDE.

II - Assinatura do respectivo contrato e do termo de autorização para desconto em folha de pagamento, débito em conta bancária ou outra forma de pagamento acordada;

III - Comprovação do pagamento do valor devido a título de Taxa de Inscrição ao AFFEGO-SAÚDE, integral ou da 1ª (primeira) parcela.

IV - O cumprimento dos seguintes prazos de carência:

a) 90 (noventa) dias para consultas e exames complementares e procedimentos ambulatoriais não relacionados nas letras seguintes;

b) 180 (cento e oitenta) dias para internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos e/ou hemodiálise, hemoterapia, quimioterapia e radioterapia ambulatorial, não provenientes de doenças e lesões preexistentes;

c) 270 (duzentos e setenta dias) dias para partos, exceto de partos prematuros.

d) 24 (vinte e quatro) meses, para tratamento de doenças preexistentes, período no qual o paciente não terá a cobertura dos gastos pelo plano, ainda que não tenha ocorrido a informação quanto a preexistência da enfermidade, quando do ato de filiação.

§1º - O período de carência previsto neste artigo, desde que cumprido, não se aplica aos que passarem a ter outro titular como responsável ou aos que passarem da condição de beneficiário para titular ou vice-versa.

§2º - As inscrições no plano AFFEGO-SAÚDE, de associados, bem como as inclusões de beneficiários, estarão sujeitas a declaração firmada pelo usuário ou seu responsável e pelo titular requerente, informando as doenças preexistentes do(s) incluído(s) na data da inclusão, sendo de responsabilidade do titular o valor total das despesas

médico/hospitalares realizadas com trato das doenças preexistentes, declaradas ou não, durante período de carência.

§3º - A inclusão de dependente ou beneficiário recém-nascido ou adotados, antes de completarem a maioridade civil, dentro das limitações previstas, desde que efetuada no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias de seu nascimento ou adoção, não se obriga à carência exigida neste artigo e:

I – Independe de inspeção, desde que a mãe, pai ou adotante seja inscrito no AFFEGO-SAÚDE e tenham cumprido o período de carência;

II – Sujeita-se às disposições do §2º, deste artigo, nas demais hipóteses

§4º - Consideram-se cumpridas as carências previstas no inciso IV, deste artigo, após o:

I – 2º pagamento, no caso de carência de 60 dias;

II – 3º pagamento, no caso de carência de 90 dias;

III – 6º pagamento, no caso de carência de 180 dias;

IV – 9º pagamento, no caso de carência de 270 dias;

V – 24º pagamento, no caso de carência de 24 meses.

§5º - Tratando-se de urgência e/ou emergência, a carência para o caso é de 24 (vinte e quatro) horas após a realização dos procedimentos previstos para inscrição, inclusive pagamentos ou parcelamentos, se houver, observando-se no caso do atendimento de emergência que esta é limitada às primeiras 12 (doze) horas do atendimento, nos termos das normas regulamentares baixadas pela Agência Nacional Suplementar - ANS.

§6º - Na hipótese do parágrafo anterior, durante o cumprimento das carências previstas neste artigo, excetuando-se os casos de acidentes pessoais, será de responsabilidade do filiado o pagamento do custo de internação que se fizer necessária à continuidade do atendimento de urgência/emergência, após as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, conforme disposto no art. 3º, §1º da Resolução CONSU nº 13 de 04.11.98.

§7º - Os que ingressarem no quadro do pessoal do fisco, mediante concurso, desde que sua inscrição ocorra até 90 (noventa) dias contados da respectiva posse, poderão:

I – Inscrever-se no AFFEGO-SAÚDE, com carência de apenas 60 (sessenta) dias, para consultas e exames complementares;

II - Contar com a dispensa das carências previstas neste artigo, desde que comprove a sua vinculação a outro plano de saúde, legalmente constituído, em que ocorreu o cumprimento de carência.

CAPÍTULO IX - DOS CONVÊNIOS E DOS CREDENCIAMENTOS

Art. 24 - O plano AFFEGO-SAÚDE poderá celebrar convênio com entidades da área de saúde, dentro do Estado de Goiás ou em outra unidade da federação, inclusive com não participante do convenio nacional de planos de saúde do fisco, desde que seja de interesse dos filiados, observadas as restrições previstas neste Regulamento e as recomendações previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§1º - Os convênios com as entidades serão firmados pelas autoridades que as representam e o Presidente da AFFEGO, o Diretor Tesoureiro e o Diretor Geral do AFFEGO-SAÚDE, em processo regular a ser disciplinado, segundo normas constantes deste regulamento e de outras, para esse fim expedidas.

§2º - O AFFEGO-SAÚDE poderá firmar convênio, por tempo determinado, ou para atendimento isolado, se requerido pelo usuário, para efeito de facilitar o acesso aos serviços, dentro ou fora do Estado, quando o profissional ou instituição não sejam credenciados, desde que essa intervenção do AFFEGO-SAÚDE não resulte encargos financeiros superiores ao que seriam devidos pelo mesmo atendimento na rede credenciada e que a negociação tenha por objetivo possibilitar resultados favoráveis aos usuários, no tratamento, nos valores ou na forma de pagamento, observando-se o seguinte:

I - Sem nenhum custo adicional ao filiado se o atendimento ou serviços ocorrerem dentro da área de abrangência territorial do plano AFFEGO-SAÚDE;

II - No atendimento realizado fora do Estado de Goiás, quando o estabelecimento ou o profissional que não participe do convênio nacional de plano de saúde e seja a única opção habilitada para o atendimento especializado, configurando-se neste caso a situação de urgência e emergência;

III - Havendo diferença de preço entre o valor negociado e a tabela padrão a diferença será custeada pelo filiado, exceto as hipóteses de urgência e emergência.

§3º - Os pagamentos dos serviços de assistência à saúde e outros correlatos efetivamente prestados serão feitos direta e integralmente pelo AFFEGO-SAÚDE.

§4º - Os convênios de que trata o caput deste artigo terão por base as seguintes tabelas de preços:

- I - Médico-hospitalares: Tabela de Procedimentos Médicos em vigor;
- II - Materiais/medicamentos: BRASINDICE/SIMPRO ou Tabela Própria;
- III - Exames laboratoriais: Tabela de Procedimentos Médicos em vigor;
- IV - Pacotes, cirúrgicos e outros: Tabela própria do plano AFFEGO-SAÚDE.

Art. 25 - Para aprovação dos convênios, serão considerados:

§1º - Em se tratando de instituição, pessoa jurídica:

- I - A necessidade dos serviços a serem prestados;
- II - A qualidade dos serviços;
- III - O número de entidades conveniadas na especialidade;
- IV - A localidade do estabelecimento.

§2º - Em se tratando de pessoa física:

- I - Prova de inscrição no CRM;
- II - Comprovação da especialização alegada.

Art. 26 - A fiscalização da assistência prestada, nos termos deste regulamento, sob inspeção procedida pelo Diretor do AFFEGO-SAÚDE, pelos setores próprios de avaliação e confronto com as tabelas de preços acordadas para a espécie de intervenção, e, finalmente pelos filiados.

§1º- A fiscalização referida neste artigo, abrange todas as formas de se buscar a exatidão das contas, natureza dos serviços prestados, atendimento preciso aos usuários, envolvendo, especialmente:

- I – A inspeção geral realizada pelo médico, diretor técnico do AFFEGO-SAÚDE, que deverá abranger pelo menos duas análises, a do pedido inicial, quanto a tratamentos e intervenções cirúrgicas, e após os procedimentos, inspeção dos documentos apresentados para efeito de prestação de contas;

II – Verificação dos documentos apresentados para prestação de contas, ao setor próprio de avaliação e confronto com as tabelas de preços acordados para a espécie de intervenção verificada;

III – avaliação técnica dada pela enfermeira chefe quanto aos atendimentos ambulatoriais e outros listados pelo prestador dos serviços.

§2º - Para efeito de fiscalização e avaliação de resultados, poderão ser requisitadas informações específicas a serem prestadas pelo profissional, pela instituição que tenha prestado os serviços, bem como documentos e ou esclarecimentos pelo próprio o usuário que recebeu o tratamento.

§3º. Constatada qualquer irregularidade ou inadequação do serviço, será instaurada sindicância, por ato da Presidência.

Art. 27 - Os convênios poderão ser denunciados unilateralmente pela AFFEGO, sem qualquer formalidade, devendo ser o fato objeto de comunicação à entidade interessada e aos inscritos, mediante publicação no órgão de divulgação da Associação.

CAPÍTULO X - DOS SERVIÇOS E ATENDIMENTOS

Seção I - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 28 - O paciente será atendido por entidade médico-hospitalar de sua escolha, participante de convênio com a AFFEGO, nos termos deste regulamento, mediante apresentação do cartão de usuário do plano.

§1º- Os serviços destinados ao controle de glicemia e ureia serão prestados independentemente de requisição médica.

§2º - Os serviços de anestesia deverão ser ajustados antecipadamente entre o responsável pelo paciente e o cirurgião, que indicará profissional da especialidade entre aqueles conveniados com a AFFEGO, observando que se a indicação recair em profissional que não mantenha convênio com a AFFEGO, o pagamento de seus honorários será feito pelo usuário que, posteriormente, requisitará o respectivo reembolso.

§3º Os procedimentos médico-hospitalares, marcados com antecedência, não poderão ser realizados nos feriados e finais de semana, sob pena do pagamento das diferenças de preços em relação aos dias úteis recair sobre o usuário dos serviços.

Art. 29 - Para consultas médicas e exames em geral, o paciente será atendido nos consultórios, laboratórios e entidades médicas, nos dias e horários estabelecidos.

Parágrafo único - Os exames laboratoriais poderão, por tipo ou grupo, ser objeto de concorrência junto aos laboratórios conveniados com periodicidade máxima de 02 (dois) anos.

Art. 30 – Para requisição de tratamentos de qualquer natureza, junto aos profissionais ou instituições de exames e tratamentos, bem como a utilização dos serviços prestados pelo Plano AFFEGO-SAÚDE, deverão ser observados, ainda:

I - A comunicação prévia ao AFFEGO-SAÚDE, sobre os tratamentos, Internações, procedimentos, ressalvados os casos de emergência e urgência, que deverão ser reportados à administração do plano de saúde, assim que possível;

II - Apresentação do documento de filiação no AFFEGO-SAÚDE e o documento de identificação pessoal;

III - Comunicação imediata sobre as intercorrências, durante o tratamento, tais como: mudanças de hospital, necessidades de UTI, necessidade de transportes para locomoção do paciente, concessão de alta hospitalar, óbitos;

IV - Ter o conhecimento sobre os recursos de contatos com o serviço de atendimento, o convencional e o de plantão do AFFEGO-SAÚDE.

Art. 31 - As guias para consulta, exames e tratamentos, terão a validade de 30 (trinta) dias da data de emissão, e, uma vez decorrido este prazo, deverão ser apresentadas à Administração do AFFEGO-SAÚDE para a sua anulação ou revalidação.

Parágrafo único. A Guia de Internação Hospitalar será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários para os casos idênticos. A prorrogação da internação, com a necessária justificativa no prontuário, será de responsabilidade do médico assistente.

Art. 32 – Na utilização dos serviços serão observados ainda os seguintes requisitos:

§1º - Nas entidades não conveniadas o pagamento integral será feito diretamente pelo filiado nos termos da negociação realizada com a interferência do plano AFFEGO-SAÚDE.

§2º - Para efeito de fiscalização e avaliação de resultados, poderão ser requisitadas informações específicas a serem prestadas pelo profissional, pela instituição que tenha prestado os serviços, bem como documentos e ou esclarecimentos pelo próprio usuário que recebeu o tratamento.

Seção II - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PELO SISTEMA DE RECIPROCIDADE

Art. 33 - Entende-se por sistema de reciprocidade o apoio conveniado, em cujos termos fica definido o suporte dado pelos demais planos de saúde dos servidores do FISCO estadual, e de outros planos de saúde, participantes ou não de convênios nacionais, no sentido de facilitar o atendimento de servidores do Fisco e seus dependentes e agregados, dentro ou fora da base territorial, em viagens ou em oportunidade de estadia temporária, observando-se:

I - Sem nenhum custo adicional ao filiado se o atendimento ou serviços ocorrerem dentro da área de abrangência territorial do plano AFFEGO-SAÚDE;

II - Em situação de urgência ou emergência e quando não houver outro prestador cadastrado, em condições de oferecer o mesmo serviço;

III - No atendimento realizado fora do Estado de Goiás em estabelecimento ou profissional que não participe do convênio nacional de plano de saúde, havendo diferença de preço entre o valor negociado e a tabela padrão a diferença será custeada pelo filiado.

IV - Nas entidades não conveniadas o pagamento integral será feito diretamente pelo filiado nos termos da negociação realizada com a interferência do plano AFFEGO-SAÚDE.

CAPÍTULO XI - ATENDIMENTOS E TRATAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 34. O plano AFFEGO-SAÚDE, na condição de intermediário entre os prestadores de serviços e seus filiados, compromete-se a zelar e diligenciar para que os usuários tenham os serviços os atendimentos de que precisam, com qualidade e eficiência, priorizando, sempre que necessário, nas emergências e urgência.

§1º – Para os efeitos deste artigo, entende-se por:

I – EMERGÊNCIA é toda e qualquer situação que representa risco iminente de morte, exigindo o diagnóstico e tratamento nos primeiros momentos após a constatação, casos em que o atendimento deve ocorrer de imediato, sem demanda de tempo.

II – URGÊNCIA é toda situação clínica ou cirúrgica, sem risco de morte iminente, mas que, se não for tratada, pode resultar complicações graves, previsíveis e declaradas pelo profissional encarregado do atendimento, inclusive previsão quanto a possibilidade de óbito, caso em que o atendimento, se demandar tempo, será com riscos de vida.

§2º – O ônus do atendimento em casos de emergência e urgência, circunstância devidamente comprovada e informada, atempadamente, será suportado pelo AFFEGO-SAÚDE, observando-se as seguintes condições:

I - INTEGRALMENTE, quando realizado:

- a) Em sua área de abrangência, tal como definido no art. 2º e ficar comprovado que o atendimento não pode ser realizado em estabelecimentos e por profissionais credenciados;
- b) Em outra unidade da federação participante do convênio nacional de planos de saúde do fisco, desde que:
 - 1. o atendimento tiver sido realizado em estabelecimento credenciado ;
 - 2. o usuário esteja em trânsito, não residindo, mesmo que temporariamente, na unidade da federação do plano de saúde conveniado.

II – PARCIALMENTE:

- a) Com a exclusão da taxa de administração e da diferença de tabela, quando o usuário residir em outra unidade da federação que possua plano de saúde participante do convênio nacional de planos de saúde do fisco e o atendimento tiver sido realizado pelo respectivo plano de saúde em estabelecimento por este credenciado:
- b) Com a exclusão dos valores que excederem ao preço definido na Tabela Padrão do AFFEGO-SAÚDE e da Taxa de Administração, nos demais casos.

§3º Havendo possibilidades clínicas de remoção do paciente para o Estado de Goiás, devidamente atestada pelo médico assistente, o AFFEGO-SAÚDE suportará os custos do traslado por via terrestre, até o limite constante da tabela padrão do plano.

§4º - Na hipótese de o usuário residir em caráter temporário, em outra localidade que não seja a unidade da federação do respectivo plano de saúde, em razão de estudo ou de trabalho, o ônus referente à diferença de tabela será suportado pelo AFFEGO-SAÚDE.

§5º - O tratamento será suportado pelo AFFEGO-SAÚDE, ainda que não-emergencial, quando realizado em outras unidades da Federação participante do convênio nacional de planos de saúde do fisco e em estabelecimento credenciado pelo respectivo plano de saúde, na hipótese da impossibilidade de o procedimento ser realizado no Estado de Goiás, exigindo-se que esta condição seja atestada pelo diretor técnico do AFFEGO-SAÚDE.

§6º - A impossibilidade referida no parágrafo anterior deve ser atestada em laudo proferido por 1 (um) médico auditor do AFFEGO-SAÚDE e aprovado pelo Diretor Geral do AFFEGO-SAÚDE.

§7º - Ocorrendo atendimento em casos de emergência e urgência em estabelecimentos ou por profissionais não credenciados ao AFFEGO-SAÚDE ou a plano de saúde de outra unidade da federação participante do convênio nacional de planos de saúde do fisco, o pagamento será realizado sob a forma de reembolso.

§8º - Na impossibilidade de comprovação dos dados do usuário, através dos meios eletrônicos, será necessário o preenchimento da planilha “COMPROVANTE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA”, documento hábil para apresentação da respectiva fatura ao AFFEGO-SAÚDE.

§9º - Constatando-se qualquer tipo de irregularidade ou fraude por parte do usuário ou responsável, responde o titular ou a entidade empregadora, no caso de funcionários da AFFEGO, pela totalidade do valor da fatura apresentada pelo prestador.

§10 - O atendimento de urgência ou emergência deverá ser prestado mediante simples apresentação do cartão AFFEGO-SAÚDE, com o documento de identificação do usuário.

§11 - O filiado responderá integralmente pelo ônus decorrente da contratação de honorários médicos e outros serviços, quando omitir sua condição de inscrito no AFFEGO-SAÚDE em entidade conveniada, salvo quando optar pelo uso de outro plano de saúde em que também esteja filiado.

Art. 35 - A AFFEGO não se responsabiliza pelo insucesso do tratamento médico ou hospitalar, por eventual acidente operatório ou por dano real ou suposto, ocasionado por medicamento ou tratamento ministrado por entidade médico-hospitalar.

CAPÍTULO XII - DAS COTAS

Art. 36 - Para as apurações financeiras e fixação dos valores de responsabilidade de cada um dos filiados, serão realizados os cálculos, no final de cada mês, para definição do valor unitário da cota, dividindo-se a soma das despesas médico-hospitalares, administrativas e financeiras do plano, ocorridas no mês, pelo total das cotas subscritas, sendo:

I – DESPESAS, os valores pagos:

- a) Aos prestadores de serviço;
- b) Com encargos e tributos;
- c) Com a administração do plano;

- d) Com equipamentos e manutenção;
- e) Relativos aos ressarcimentos a associados;
- f) Aos prestadores de serviços e decorrentes de assistência a associados de outras entidades;
- g) Os valores necessários à manutenção do plano, com destaque explicativo na planilha demonstrativa do cálculo mensal;

II – RECEITAS, os valores recebidos e provenientes de:

- a) Repasses de outras entidades, acrescidos dos percentuais de taxa de administração do AFFEGO-SAÚDE, quando for o caso, para ressarcimento de despesas realizadas com seus associados;
- b) Glosas nas faturas apresentadas pelos prestadores de serviços;
- c) Coparticipações e antecipações regulamentares pagas por associados;
- d) Oriundas do fundo de reserva, em estrita observância dos termos definidos neste regulamento;
- e) Indenizações, em casos previstos neste regulamento;
- f) Outras receitas relacionadas com a utilização do plano, com notas explicativas na planilha demonstrativa de cálculo.

§1º - Na hipótese de, em determinado mês, o valor da quota calculado nos termos deste artigo, exceder ou reduzir a mais de 10% (dez por cento) em relação ao valor da quota média dos últimos seis meses, a contar do mês imediatamente anterior, será corrigido ou reduzido em apenas 10% (dez por cento), sendo que o valor excedente para mais ou para menos em relação a esse percentual, será absorvido pelo Fundo de Reserva tratado neste Regulamento.

§2º - Para fins de avaliação da sistemática de cálculo adotado no parágrafo anterior, em especial quanto aos efeitos ocasionados ao Fundo de Reserva, semestralmente, nos meses de julho e janeiro, serão apurados os valores excedentes para mais ou para menos no semestre anterior, cujo resultado poderá ensejar a adoção de ajustes ou revisão da forma de calcular.

Art. 37 - A atribuição de cotas será feita por faixa etária, na seguinte conformidade:

I - De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos: 0,90 cota;

II - De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos: 1,00 cota;

III - De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos: 1,10 cota;

IV - De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos: 1,20 cota;

V - De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos: 1,50 cotas;

VI - De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos: 1,80 cotas;

VII - De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos: 2,10 cotas;

VIII - De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos: 2,50 cotas;

IX - De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos: 3,00 cotas;

X - De 59 (cinquenta e nove) anos acima: 3,50 cotas.

§1º - Sempre que ocorrer mudança na faixa etária do usuário, a respectiva contribuição mensal será automaticamente reajustada, a partir do mês subsequente.

§2º - Na condição de cônjuge, admitir-se-á a inscrição de apenas uma pessoa, a companheira atual.

§3º - A AFFEGO manterá em sua base cadastral:

- a) Relação nominal das inclusões e exclusões de filiados, bem como a variação das cotas atribuídas;
- b) Demonstrativo mensal do qual constará o valor total da despesa, a quantidade de cotas considerada no rateio e o valor unitário da cota;
- c) Anualmente a relação nominal dos filiados com a quantidade das respectivas cotas.

CAPÍTULO XIII - DO MOVIMENTO FINANCEIRO

Art. 38 - O filiado obriga-se a pagar:

- I - A taxa de inscrição a vista ou parcelada na forma convencionada;
- II - O valor do rateio mensal, na proporção de suas cotas;
- III - O valor da despesa de sua responsabilidade e que exceder aos limites previstos neste regulamento;
- IV - O valor de rateio relativo a investimentos no plano AFFEGO-SAÚDE, previstos neste Regulamento e devidamente aprovado.

Art. 39 - O recolhimento de débito de responsabilidade do filiado, inclusive o decorrente de parcelamentos, a critério da AFFEGO, será feito:

I - Por boleto em estabelecimento bancário por ela indicado, quando assim for pactuado em contrato;

II - Mediante desconto em conta corrente em agência bancária do qual o filiado é correntista.

§1º - A quitação dos compromissos para com o AFFEGO-SAÚDE deve ocorrer até o dia 12 de cada mês.

§2º - O filiado pode solicitar, por escrito, o desmembramento do pagamento das obrigações financeiras de beneficiário ou grupo de beneficiários com a nomeação do beneficiário responsável pelo pagamento.

§3º - Em decorrência da responsabilidade atribuída ao filiado titular, após a suspensão do direito à assistência objeto deste regulamento, os débitos resultantes do desmembramento serão, automaticamente, transferidos e cobrados diretamente do titular, nos moldes do pagamento que este já realiza dos beneficiários.

§4º - Excepcionalmente, pode ser autorizado ao filiado, ou ao continuísta, ou ao beneficiário com desmembramento do pagamento realizar a quitação de suas obrigações junto ao AFFEGO-SAÚDE por meio de boleto, desde que:

I - Não seja servidor público do Estado de Goiás;

II - Não possua conta corrente em banco que a AFFEGO tenha movimento.

Art. 40 - As notificações de débitos, correspondentes a valores excedentes às limitações deste regulamento, serão encaminhadas ao filiado para conhecimento.

§1º - Eventual impugnação do valor cobrado deverá ser apresentada por escrito, dentro do prazo 30 (trinta) dias, contado, da data da notificação, ocorrendo, nessa hipótese, interrupção dos efeitos previstos neste regulamento quanto a suspensão ou cancelamento da inscrição, até que, conclusivamente, o Conselho de Administração manifeste-se, quando então, se contrário ao reclamante, começará a contagem dos prazos suspensos.

§2º - Vencido o prazo, sem liquidação e sem contestação por parte do devedor, o débito será considerado líquido e certo, aplicando-se as penalidades previstas neste regulamento e encaminhado para cobrança, amigável ou judicial, com os acréscimos cabíveis.

§3º - Apresentada a impugnação de que trata o §1º, deste artigo, o Diretor Geral do AFFEGO-SAÚDE emitirá manifestação, devendo, em seguida, adotar uma das seguintes hipóteses:

I – Se houver concordância com o pagamento dos valores solicitados, apenas comunicar ao requerente sobre a decisão definitiva, quando o valor questionado for igual ou inferior ao correspondente a 10 (dez) cotas do mês anterior;

II – Nas demais situações o pedido de impugnação deverá ser deliberado pela Presidência da AFFEGO, decisão da qual comporta recurso ao Conselho de Administração.

CAPÍTULO XIV - DO REEMBOLSO DAS DESPESAS

Art. 41 - Serão reembolsadas, na forma e dentro das limitações deste regulamento, as despesas médico-hospitalares que o filiado, dependente ou beneficiário efetuar, em território nacional, em entidades não conveniadas.

§1º - O pedido do reembolso, instruído com nota fiscal e/ou recibo, será efetuado pelo valor máximo definido na Tabela Padrão do AFFEGO-SAÚDE, vigente na data do respectivo procedimento, observado o valor quando menor e as disposições relativas a procedimentos e tratamentos não cobertos pelo plano AFFEGO-SAÚDE.

§2º - O pedido de reembolso, instruído com nota fiscal ou recibo, deverá ser apresentado no prazo máximo de 12 (doze) meses, observadas as seguintes condições:

I - O prazo será contado a partir da data da emissão do comprovante de pagamento efetuado pelo requerente;

II - A Diretoria do AFFEGO-SAÚDE poderá solicitar informações, documentos, inclusive prontuário médico e planilhas que contenham de forma discriminadas, os procedimentos e as despesas médicas e hospitalares, objeto do pedido de reembolso.

§3º - Nenhum reembolso será efetuado sem que haja a manifestação prévia do Diretor Técnico do plano AFFEGO-SAÚDE, que contará com análise de auditores, bem como as informações adicionais que possibilitem o saneamento de irregularidades e a certeza quanto às circunstâncias do atendimento, os procedimentos, fatos e valores requisitados

§4º - O valor do reembolso será depositado na conta bancária do titular, ou retirado em cheque nominal na Tesouraria da AFFEGO, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da entrada do pedido.

§5º - O AFFEGO-SAÚDE, no caso de atendimento médico-hospitalar no exterior, reembolsará o titular até os limites previstos neste regulamento.

§6º - Excetuando-se os casos especiais, com apresentação do relatório médico para avaliação e deliberação pela Diretoria Técnica do AFFEGO-SAÚDE, não serão reembolsados os valores referentes aos seguintes procedimentos, realizados no Estado de Goiás, junto a estabelecimentos e profissionais não credenciados pelo AFFEGO-SAÚDE:

I - Serviços ambulatoriais, diagnósticos e terapias- SATD;

II - Serviços médicos auxiliares, tais como: fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutricionista, etc.;

III - Procedimentos cirúrgicos.

Art. 42 - Poderão também ser reembolsadas, na forma e limitações previstas neste regulamento, as despesas excedentes e/ou coparticipações cobradas dos usuários do AFFEGO-SAÚDE, quando a assistência se der por qualquer outra operadora de plano de assistência médico/hospitalar da qual o respectivo usuário for também filiado.

§1º - O reembolso de que trata este artigo poderá ser feito por antecipação, assumindo o AFFEGO-SAÚDE a responsabilidade pela quitação da parte do filiado se correspondente a procedimentos cirúrgicos, sendo que, nos demais casos, o reembolso ocorrerá posteriormente, se autorizado pelo outro plano de saúde, exigindo-se a instrução do pedido com os documentos comprobatórios da despesa;

§2º - O valor do reembolso, na hipótese deste artigo, terá como limite 65% (sessenta e cinco por cento) do valor previsto para o procedimento, conforme a Tabela Padrão do AFFEGO-SAÚDE, vigente na data de realização, e será efetivado após análises realizadas pelos auditores do AFFEGO-SAÚDE.

Art. 43 - O filiado pagará diretamente os serviços prestados por entidade médico hospitalar não conveniada, quando a necessidade desse atendimento surgir durante internação em hospital conveniado e solicitará reembolso, que será atendido na forma e limitações previstas neste regulamento.

CAPÍTULO XV - IMOBILIZAÇÕES, EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES DO AFFEGO-SAÚDE

Art. 44 – Os bens patrimoniais utilizados pelo AFFEGO-SAÚDE, todos deverão permanecer em nome da AFFEGO e em hipótese alguma poderão ser deslocados para outros setores da AFFEGO, a não ser em razão de troca, permuta, devendo ser discriminados para efeitos

de preservação de patrimônio e contabilização patrimonial como sendo adquiridos, inclusive através de doações, para uso exclusivo do AFFEGO-SAÚDE.

Art. 45 – É terminantemente proibido a venda de qualquer bem patrimonial disponibilizado pela AFFEGO, para uso do AFFEGO-SAÚDE, sem justificativa e sem a apresentação de projeto relativo à aquisição ou edificação, reforma ou reaparelhamento, troca por outro bem, também classificado como patrimonial, sendo de responsabilidades pessoais dos administradores da AFFEGO o emprego dos recursos resultantes de vendas de bens patrimoniais em outros gastos que não sejam na aquisição de bens da mesma natureza dos que forem vendidos ou permutados.

CAPÍTULO XVI - DOS TRATAMENTOS DE PREVENÇÃO

Art. 46 – O plano AFFEGO-SAÚDE, deverá implementar programas e tratamento de prevenção contra as doenças físicas e mentais e outros procedimentos que objetivem qualidade de vida e restabelecimento de saúde, bem como a adoção de medidas que tenham por finalidade oferecer atendimento e acolhimento a todos os associados.

§1º - incluem nos serviços previstos neste artigo, além da vacinação, o canto, a dança, a fisioterapia, os esportes, acupuntura, palestras, programas de confraternização, passeios, serviços de atendimento a domiciliar, abrigos, espetáculos e demais formas de acolhimentos recomendados por profissionais da saúde.

§2º - Na execução dos serviços de que trata este artigo, observar-se-á:

I - Os recursos orçamentários;

II - O atendimento proposto deve constar do rol das previsões da ANS ou não ser por ela proibido;

III - Os serviço ou atendimentos devem ser aprovados pelo Conselho de Administração, a vista de recomendações técnicas sobre os efeitos experimentais do tratamento.

Art. 47 – Para efeito de prevenção e comodidades poderão ser contratados serviços especializados de triagem e acompanhamento, presencial ou por via eletrônica, do associado ou do grupo familiar, com valores custeados pelo AFFEGO-SAÚDE ou compartilhado (coparticipação), caso em que será exigido a adesão, pessoal ou do responsável pelo grupo.

CAPÍTULO XVII - DA ADMINISTRAÇÃO DO AFFEGO-SAÚDE

Seção I - COMPOSIÇÃO ADMINISTRATIVA E FUNCIONAL

Art. 48 - O AFFEGO-SAÚDE, departamento de prestação de serviços aos filiados, tendo como entidade fundadora e gestora a ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO FISCO DO ESTADO DE GOIÁS - AFFEGO, contará com a estrutura administrativa recomendada por empresa especializada e contratada para esse fim, obedecendo ainda as exigências estruturais e de funcionamento previstos pela ANS, devendo contar, no mínimo, com os seguintes setores:

I - Diretor Geral;

II - Diretor Técnico de Saúde;

Parágrafo Único: No interesse do serviço, a Diretoria Executiva poderá criar Gerências e Coordenações Técnicas ou Operacionais na estrutura administrativa do plano.

Art. 49 - Os membros da Diretoria Administrativa são indicados pelo Presidente da Diretoria Executiva e aprovados pelo Conselho de Administração.

Parágrafo único. A escolha deve recair sobre pessoas naturais residentes no país que preencham os seguintes requisitos:

I – Ter exercido funções de direção ou gerência, pelo período mínimo de dois anos, em entidades públicas ou privadas, ou o prazo mínimo de três anos, em funções de assessoramento em empresas do setor de saúde, sendo exigível do responsável pela área técnica de saúde, o registro no Conselho Regional de Medicina – CRM;

II – Não ser impedido por lei;

III – Ter reputação ilibada;

IV – Não estar sob os efeitos de condenação por crime falimentar, de prevaricação, de corrupção ativa ou passiva, de concussão, de peculato, contra a economia popular, contra a fé pública, contra a propriedade ou, havendo sido condenado, apresentar a declaração judicial de reabilitação na forma da legislação pertinente;

V – Não ter participado da administração de empresa que esteja em direção fiscal ou que tenha estado ou esteja em liquidação extrajudicial ou judicial, até que seja apurada a sua responsabilidade;

VI – Não estar inabilitado para cargos de administração em outras instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta.

Seção II - DO CONTROLE FINANCEIRO DO AFFEGO-SAÚDE

Art. 50 - Os recursos pertencentes ao AFFEGO-SAÚDE serão movimentados em separado de outras contas bancárias da AFFEGO, para controle, aplicações e rendimentos.

§1º - Deve ser efetivada em, no máximo, 10 (dez) dias úteis, a transferência para as contas bancárias específicas do AFFEGO-SAÚDE, dos recursos pertencentes ao plano de saúde, recebidos pela AFFEGO.

§2º - É vedada a utilização de recursos pertencentes ao AFFEGO-SAÚDE para o pagamento de despesas não relacionadas à finalidade do plano de saúde.

§3º - Qualquer pagamento, reembolso ou transferência de recursos pertencentes ao AFFEGO-SAÚDE deve ser precedido da autorização expressa do Diretor Técnico de Saúde e do Diretor Geral do AFFEGO-SAÚDE, Presidente e Tesoureiro da AFFEGO.

§4º - A transferência de recursos do AFFEGO-SAÚDE para a AFFEGO a título de ressarcimento de despesas comuns deve ser feita na forma, prazo e condições estabelecidos em Resolução do Conselho de Administração

Art. 51 - Devem ser precedidas de manifestação favorável do Diretor Técnico de Saúde e do Diretor Geral do AFFEGO-SAÚDE:

I – As propostas da Diretoria da AFFEGO de alterações na estrutura operacional, no quadro de lotação de pessoal, no plano de cargos e salários do AFFEGO-SAÚDE;

II – A admissão ou rescisão de pessoal no quadro de lotação do AFFEGO-SAÚDE.

Art. 52 - O Conselho de Administração acompanhará os negócios e as atividades do AFFEGO-SAÚDE, o desempenho dos respectivos setores de Administração através de demonstrativos que lhes serão encaminhados até o dia 30 de cada mês, com observância do seguinte:

I – Pela Diretoria do plano de saúde, referente ao mês imediatamente anterior:

- a) O Demonstrativo AFFEGO-SAÚDE;
- b) Relatório mensal das atividades;

c) Listagem dos devedores com a discriminação do débito por mês e a informação, sendo o caso, da suspensão ou exclusão e das providências de cobrança tomadas.

II – Pelo Conselho Fiscal, referente ao segundo mês anterior:

- a) A parte do parecer relativa ao AFFEGO-SAÚDE;
- b) Cópia do balancete mensal das receitas e despesas do AFFEGO-SAÚDE.

Art. 53 - O Conselho de Administração, desde justificada em deliberação unânime e atendendo solicitação devidamente fundamentada, do Presidente da AFFEGO ou de um dos diretores do AFFEGO-SAÚDE, determinar, sem a autorização prévia dada pelo Diretor Técnico:

I – O pagamento, o reembolso ou a transferência de recursos pertencentes ao AFFEGO-SAÚDE;

II – A admissão ou rescisão de trabalhadores do AFFEGO-SAÚDE.

Art. 54 - No caso de extinção do AFFEGO-SAÚDE, as reservas líquidas remanescentes, se houver, serão utilizadas no atendimento dos demais serviços previstos no Estatuto Social da AFFEGO.

Art. 55 - Antes de intentar qualquer ação judicial contra a AFFEGO, o filiado que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida pelo AFFEGO-SAÚDE, deverá, preliminarmente, dirigir-se à autoridade competente, esgotando as instâncias administrativas, requerendo solução pelo Diretor Geral, Diretor Técnico do plano AFFEGO-SAÚDE, ou ainda, ao Presidente da AFFEGO, nos termos deste regulamento, que, no âmbito de suas competências, deverão prestar os esclarecimentos e soluções possíveis.

Art. 56 - O presente regulamento, observadas as normas estatutárias e a legislação aplicável aos planos e seguros de saúde, só pode ser modificado mediante proposta fundamentada:

I – Da Diretoria Executiva da Associação, com aprovação por maioria simples dos membros de Conselho de Administração;

II – Da Mesa do Conselho de Administração, com aprovação de pelo menos 2/3 (dois terços) dos membros que o compõem.

Art. 57 - Caberá, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da ciência do interessado:

I – Reclamação à Diretoria Executiva da AFFEGO contra decisão proferida pelo Diretor Geral do AFFEGO-SAÚDE;

II – Recurso ao Conselho de Administração contra decisão proferida pela Diretoria Executiva da AFFEGO, em reclamação;

III – Reclamação à Assembleia Geral da AFFEGO, em instância definitiva, contra decisão, não unânime, do Conselho de Administração, no tópico “outros assuntos” da referida assembleia.

Parágrafo único. A falta de cumprimento do prazo estabelecido no caput deste artigo implica a imediata extinção do processo.

Art. 58 - Excepcionalmente, atendendo recomendação do Diretor Técnico de Saúde, pode a Diretoria Executiva autorizar o atendimento médico de caráter hospitalar em programas de assistência domiciliar, desde que:

I – O paciente ou seu responsável assine documento solicitando a internação domiciliar e declarando ciente dos riscos que possam advir da mesma;

II – O médico assistente forneça documento, atestando que o paciente possui condições clínicas estáveis para permanecer em internação domiciliar;

III – O Departamento Médico do AFFEGO-SAÚDE tenha se pronunciado em parecer técnico de forma favorável à liberação do atendimento, mencionando os procedimentos a serem cobertos;

IV – A Diretoria Geral do AFFEGO-SAÚDE em despacho se manifeste pela comodidade do paciente e economia, imediata ou futura, para o plano;

V – O atendimento prestado seja sistematicamente acompanhado por auditor do Departamento Médico;

VI – As prestações de contas sejam efetuadas por documentação própria apresentadas mensalmente à Diretoria do AFFEGO-SAÚDE para pagamento em forma de ressarcimento ou, diretamente ao prestador, conforme definido no Despacho autorizativo.

CAPÍTULO XVIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 59 - Por se tratar o plano AFFEGO -SAÚDE de sistema mutualista, sem fins lucrativos, onde o associado é ao mesmo tempo proprietário e usuário, não se poderá invocar direito adquirido, nas alterações deste regulamento.

Parágrafo único. Sempre que houver modificação em dispositivo deste regulamento, fica a Diretoria Executiva obrigada:

I - No prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, promover a necessária notificação, pelos meios disponíveis, aos filiados;

II - Anualmente, promover a necessária consolidação, editando-a para distribuição gratuita aos filiados.

Art. 60 - Qualquer despesa em razão de interesse pessoal ou particular, relativo a tratamento de saúde, que não esteja enquadrado explicitamente neste regulamento somente poderá ser considerado responsabilidade do plano e enviado para rateio entre os filiados, depois de submetido à avaliação técnica e aprovação pelo conselho de administração.

Art. 61 - Os Conselhos de Administração e Fiscal serão mensalmente, antes de cada reunião ordinária, informados de todas as aplicações financeiras ocorridas com recursos do plano.

Art. 62 - A Diretoria Executiva do plano AFFEGO-SAÚDE fica autorizada a conceder ao associado, mediante solicitação por escrito e pelo prazo necessário ao atendimento das obrigações desde que requerente apresente as razões plausíveis que justifiquem a inadimplência para com o plano AFFEGO-SAÚDE.

Art. 63 - O filiado ao AFFEGO-SAÚDE, que houver parcelado o valor relativo à Taxa de Recuperação do Fundo de Reserva que já houver quitado o valor correspondente a 36 parcelas, e não tenha usado o plano saúde em procedimentos ou tratamentos em valores superiores ao que corresponde ao montante recolhido durante esse período, sob a forma de rateio, será anistiado dos valores relativos ao remanescente da referida Taxa, PODENDO FAZER OPÇÃO DE PAGAR O VALOR MENOR APURADO, ou aguardar o vencimento das 36 parcelas.

Art. 64 - Qualquer filiado ao plano de saúde, na condição de dependente ou beneficiário, agregado, que for transferido à condição de continuísta, deverá promover a sua inscrição na AFFEGO, sob o nome filiado continuísta.

Art. 65 - As dúvidas de interpretação e os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria da AFFEGO, cabendo recurso da respectiva decisão ao Conselho de Administração.

Art. 66 - Este regulamento entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração, de cujo teor será dada a devida publicidade.



Rua 83, 218, Setor Sul, Goiânia-GO