



Regulamento do Plano de Assistência e Saúde - RAS

2024: ANS - nº 339636

Regulamento do Plano de Assistência e Saúde - RAS

Aprovado pela Resolução 1483/2007 - BNDES, de 14/08/2007, e alterado pela Resolução 2127/2011 - BNDES de 26/07/2011, pela Resolução nº. 3769/2021 -BNDES, de 24/06/2021 e pela Resolução DIR. nº. 4146/2024 - BNDES, de 01/02/2024.



Índice

Capítulo I - Introdução	4
Capítulo II - Dos beneficiários	4
Capítulo III - Dos sistemas assistenciais	8
Capítulo IV - Da conceituação de assistência	9
Capítulo V - Da cobertura das despesas	13
Capítulo VI - Das penalidades	16
Capítulo VII - Da participação financeira do Sistema BNDES	17
Capítulo VIII - Disposições gerais	18
Capítulo IX - Tabela de reembolsos	19
Anexo - Critérios para reembolso e utilização dos benefícios de assistência à saúde	19



Capítulo I - Introdução

Art. 1º - O presente Regulamento tem por objeto estabelecer as diretrizes e coberturas do plano privado de assistência e saúde, denominado Plano de Assistência e Saúde – PAS, custeado pelas empresas do Sistema BNDES (BNDES, BNDESPAR e FINAME) em caráter supletivo ao sistema público de saúde, que garante a prestação continuada de serviços de assistência médico-hospitalar, com obstetrícia e odontologia.

Parágrafo Primeiro - As despesas referentes à manutenção do PAS serão cobertas pelo Fundo de Assistência Médico Social - FAMS, na forma descrita neste Regulamento.

Parágrafo Segundo - Os critérios de utilização do PAS encontram-se no Anexo a este Regulamento, que dele passa a fazer parte integrante.

Capítulo II - Dos beneficiários

Art. 2º - O Plano de Assistência e Saúde, definido neste Regulamento, será operado pela Fundação de Assistência e Previdência Social do BNDES - FAPES e terá como destinatários os beneficiários titulares e os dependentes destes, tal como definido neste Regulamento.

Art. 3º - São considerados beneficiários titulares do Plano de Assistência e Saúde:

- I. os empregados das empresas do Sistema BNDES admitidos até 18/03/2018 e os ex-empregados admitidos até 18/03/2018 que tenham adquirido benefício de aposentadoria durante a vigência do vínculo empregatício e não tenham sido despedidos por justa causa ou em decorrência de decisão tomada como resultado de sindicância ou inquérito administrativo ou, ainda, por inadaptabilidade profissional após a tramitação dos procedimentos regulamentares institucionais;
- II. os ocupantes de cargos estatutários nas empresas do Sistema BNDES, oriundos do quadro de carreira permanente, cujo vínculo de emprego seja anterior a 19/03/2018; e
- III. os cedidos ao Sistema BNDES que tenham renunciado aos planos de assistência e saúde de seus órgãos de origem.



Art. 4º - Para os efeitos do presente regulamento, são considerados dependentes do beneficiário titular:

- I. o cônjuge durante a constância da sociedade conjugal;
- II. o(a) filho(a) solteiro(a), natural ou adotivo(a), desde que:
 - a) menor de 18 anos; ou
 - b) maior de 18 e menor de 21 anos que esteja cursando estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido, ou cursando pré-vestibular no ano imediatamente seguinte à conclusão do ensino médio, ou prestando serviço militar obrigatório; ou
 - c) maior de 21 e menor de 24 anos que esteja cursando estabelecimento de ensino superior, oficial ou reconhecido, ou curso de pós-graduação estrito senso, bem como os de especialização a ele comparados, ou prestando serviço militar obrigatório; ou
 - d) inválido.
- III. o(a) enteado(a) solteiro(a), desde que:
 - a) seu(sua) genitor(a) seja dependente do beneficiário titular como cônjuge ou companheiro(a); e
 - b) durante a constância do casamento ou de união estável que originou o vínculo, ou após sua extinção por morte do(a) genitor(a); e
 - c) se enquadre nas hipóteses previstas nas alíneas a, b, c ou d do inciso II deste Artigo para o reconhecimento da dependência de filho; e
 - d) coabite com o beneficiário titular; ou conste de sua declaração do Imposto de Renda ou de seu cônjuge ou companheiro(a) como dependente.
- IV. o(a) menor de 21 anos e solteiro(a) que, mediante decisão judicial, viva sob a guarda e sustento do beneficiário titular, desde que:
 - a) conste na declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular como seu(sua) dependente; e
 - b) se maior de 18 (dezoito) anos, esteja cursando estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido, ou cursando pré-vestibular no ano imediatamente seguinte à conclusão do ensino médio), ou prestando serviço militar obrigatório.



V. o companheiro ou companheira, independentemente da orientação sexual, desde que:

- a) ambos sejam solteiros, separados de fato ou judicialmente, divorciados ou viúvos;
e
- b) não ocorram as situações de impedimento previstas nos incisos I a V e VII do art. 1521 do Código Civil; e
- c) comprovada a união em regime de coabitação:
 1. por lapso de tempo superior a dois anos consecutivos; ou
 2. por qualquer tempo se dela resultou a existência de filho; hipótese em que poderão ser reembolsadas as despesas com o parto da companheira, mesmo tendo sido realizadas antes de sua inscrição; ou
 3. por qualquer tempo, se na sua constância ocorreu a adoção de filho por um ou ambos os companheiros; ou
- d) comprovada a união, independente do regime de coabitação, por meio da existência de, no mínimo, três das seguintes situações:
 1. dependência declarada no Imposto de Renda;
 2. disposições testamentárias de um em favor do outro;
 3. conta bancária conjunta com movimentação há mais de 6 (seis) meses;
 4. cartão de crédito em que um seja adicional do outro com movimentação há mais de 6 (seis) meses;
 5. procurações reciprocamente outorgadas com declaração do cartório quanto à vigência; e
 6. contrato de seguro de vida em favor do companheiro(a).

VI. o pai e/ou a mãe inscrito(s) na condição de beneficiário(s) dependente(s) em 28/12/2023.

Parágrafo único. O(s) beneficiário(s) mantido(s) na condição de dependente nos termos do inciso VI deste artigo somente poderão ser excluídos do plano por solicitação do titular, bem como nas hipóteses previstas no art. 6º, “f” e no art. 36, do RAS.



VII.o irmão ou a irmã inválido(a), desde que:

- a) as doenças ou deficiências de que é portador (a) tenham sido impeditivas a que pudesse estudar ou prover a própria subsistência antes de 24 (vinte e quatro) anos, bem como mantenham-no(a) impossibilitado(a) do exercício de quaisquer atividades geradoras de rendimentos; e
- b) resida com o beneficiário titular ou em imóvel de propriedade deste ou alugado com responsabilidade do beneficiário titular pelo pagamento do aluguel; ou com os genitores também inscritos como dependentes do beneficiário titular; ou em instituição em regime de internação, sob a responsabilidade do beneficiário titular; e
- c) conste na declaração do Imposto de Renda do beneficiário titular como seu (sua) dependente; e
- d) não tenha rendimentos mensais, tributáveis ou não, superiores a 3 (três) salários mínimos.

Art. 5º - A habilitação dos dependentes previstos neste Regulamento ocorrerá por requerimento do beneficiário titular, mediante a apresentação dos documentos necessários à comprovação dos requisitos exigidos conforme descrito no Anexo a este Regulamento.

Parágrafo Primeiro - Não será permitida a habilitação de mesma pessoa como dependente de mais de um beneficiário titular.

Parágrafo Segundo - Compete à FAPES a apreciação e decisão sobre a inscrição e manutenção dos dependentes dos beneficiários titulares no plano, cumprindo-lhe verificar o cumprimento dos requisitos exigidos para ingresso ou permanência no Plano de Assistência e Saúde e tomar as providências cabíveis, conforme regras descritas neste Regulamento.

Parágrafo Terceiro - Independentemente de habilitação, serão custeadas pelo FAMS as despesas com assistência a saúde efetuadas com recém-nato, filho do beneficiário titular ou de seu dependente habilitado, durante seus primeiros 30 (trinta) dias de vida.

Art. 6º - Não farão jus aos benefícios do Plano de Assistência e Saúde:

- a) os empregados que estejam com suspensão de seus contratos de trabalho, exceto nos casos decorrentes de percepção de benefício previdenciário e de exercício de cargo estatutário nas empresas do sistema BNDES, desde que, para esta última hipótese, o vínculo de emprego seja anterior a 19/03/2018, e seus dependentes;
- b) os ex-empregados que não tiverem adquirido benefício de aposentadoria durante a vigência de seu contrato de trabalho e seus dependentes;



- c) os ex-empregados despedidos por justa causa ou em decorrência de decisão tomada como resultado de sindicância ou inquérito administrativo ou, ainda, por inadaptabilidade profissional após a tramitação dos procedimentos regulamentares institucionais, e seus dependentes;
- d) os membros da Diretoria no término de seus mandatos e seus dependentes;
- e) os cedidos ao Sistema BNDES, no término de suas cessões, e seus dependentes;
- f) os dependentes do beneficiário titular empregado ou ex-empregado falecido, após 25 (vinte e cinco) meses da data do óbito; e
- g) os dependentes que deixem de preencher os requisitos inerentes a essa condição, bem como os não recadastrados.

Art. 7º - Os beneficiários titulares deverão, obrigatoriamente, comunicar formalmente à FAPES, no prazo de 30 (trinta) dias contados de sua ocorrência, qualquer alteração referente aos seus dependentes, juntando, para tanto, os documentos comprobatórios que lhes forem exigidos.

Parágrafo Primeiro - À FAPES compete promover, anualmente, recadastramento dos dependentes inscritos, objetivando constatar a manutenção dos requisitos exigidos para cada condição.

Parágrafo Segundo - O não atendimento ao pedido de recadastramento, bem como a não apresentação dos documentos exigidos, no prazo estipulado, implicará na suspensão da utilização de todos os serviços descritos neste Regulamento, até a respectiva regularização.

Parágrafo Terceiro - Na hipótese de justificada impossibilidade de comparecimento do beneficiário titular, as comprovações devidas para fins de recadastramento poderão ser cumpridas diretamente pelos próprios dependentes ou seus representantes legais.

Capítulo III - Dos sistemas assistenciais

Art. 8º - A assistência à saúde será ofertada aos beneficiários titulares e seus dependentes, sem exigência de cumprimento de prazo de carência, através dos sistemas de LIVRE ESCOLHA e ESCOLHA DIRIGIDA, sujeita a autorização e limites, constantes neste Regulamento e em seus anexos.

Art. 9º - Através do Sistema de LIVRE ESCOLHA, os beneficiários titulares e seus dependentes poderão recorrer aos serviços de médicos, dentistas, psicólogos, laboratórios, hospitais e outros serviços, de sua livre escolha e não credenciados no Sistema de ESCOLHA DIRIGIDA, responsabilizando-se, pessoalmente, pelo pagamento integral das despesas correspondentes, as quais serão custeadas nas formas estabelecidas neste Regulamento.



Art. 10 - O Sistema de ESCOLHA DIRIGIDA permitirá a utilização, pelos beneficiários titulares e dependentes, de serviços médicos, hospitalares, domiciliares, odontológicos e outros, prestados por entidades e profissionais credenciados pela FAPES, observadas as disposições deste regulamento, que providenciará o pagamento das despesas decorrentes aos referidos profissionais e entidades.

Art. 11 - REVOGADO

Art. 12 – REVOGADO

Capítulo IV - Da conceituação de assistência

Art. 13 - A assistência à saúde inclui a assistência médica, a odontológica, a psicológica ou de natureza semelhante, com fins de diagnóstico e/ ou tratamento, em regime domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, compreendendo todas as ações necessárias à prevenção da doença e recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados, ainda, os critérios de utilização estabelecidos no Anexo a este Regulamento. Compreende ainda a assistência complementar definida no Artigo 20.

Art. 14 - Para conceituação de assistência médica tomar-se-á por base o Rol dos procedimentos e Eventos em Saúde, exigido pelas normas que regulam o mercado de saúde suplementar, vigente à data do evento, bem como o disposto neste Regulamento, respeitadas as Diretrizes de utilização editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor à época do evento.

Parágrafo Único - Estão excluídas da cobertura do PAS as despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I. procedimentos não discriminados no Rol de procedimentos e Eventos em Saúde do órgão regulador e fiscalizador, à exceção das coberturas adicionais expressamente concedidas por força deste Regulamento, e/ou em desacordo com as respectivas Diretrizes de utilização;
- II. procedimentos assistenciais que exijam autorização, realizados à revelia da FAPES sem atendimento às condições previstas neste Regulamento e de seu Anexo;
- III. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, ou seja, aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, bem como, aqueles que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, e, ainda, aqueles cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- IV. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, entendidos como aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou de parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, à exceção das hipóteses expressamente concedidas por força deste Regulamento e seu Anexo;



- V. cirurgia plástica estética não reparadora, nos termos descritos neste Regulamento e seu Anexo;
- VI. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- VII. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- VIII. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados, sem registro vigente na ANVISA;
- IX. inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- X. despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XI. estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares; XII. orientações vocacionais;
- XIII. psicoterapia com objetivos profissionais;
- XIV. especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM
- XV. investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- XVI. fornecimento de produtos para alimentação, fora do regime hospitalar e de internação domiciliar, mesmo que indicado por profissional da assistência à saúde.

Art. 15 - A assistência psiquiátrica, propriamente dita, conceitua-se como essencialmente médico-hospitalar e se estende a todos os beneficiários titulares e seus dependentes e não se sujeita aos limites impostos à assistência psicológica, previstos neste Regulamento.

Art. 16 - A assistência à saúde em regime ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, abrangendo as consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com os limites e condições estabelecidos no Anexo a este Regulamento.

Art. 17 - A assistência odontológica compreende:

- a) diagnóstico, prevenção e tratamento das afecções dentárias, inclusive cirurgia odontológica;
- b) prevenção e/ou correção dos defeitos de posição dos dentes (ortodontia);
- c) prótese dentária;
- d) endodontia;



- e) periodontia;
- f) implantodontia;
- g) exames radiográficos e clínico-odontológicos; e
- h) outros tipos de tratamento, a critério da FAPES.

Art. 18 - Compreende-se na assistência médico-hospitalar:

- I. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- III. diárias do paciente e de um acompanhante;
- IV. internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- V. procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto;
- VI. taxa de internação, taxa de enfermagem e outras taxas hospitalares;
- VII. sala de operação, de parto, unidade de recuperação, berçário e incubadora;
- VIII. honorários da equipe médica;
- IX. drogas, remédios e materiais de uso hospitalar;
- X. exames radiológicos, de laboratório e afins, ligados diretamente ao diagnóstico e controle da doença que motivou a internação, enquanto esta perdurar;
- XI. tratamento de Raios X, Radium e Cobalto;
- XII. curativos, aparelhos de gesso, talas, fundas, ataduras, muletas, aluguel de cadeiras de rodas, respiradores, monitores e outros controladores vitais, enquanto perdurar a internação;
- XIII. transfusões de sangue;
- XIV. oxigênio;
- XV. fisioterapia e terapêutica congênere; e
- XVI. aquisição ou locação de aparelhos com finalidade médica.



Art. 19 - A assistência à saúde em regime domiciliar compreende a prestação de serviços, nas modalidades de atendimento domiciliar e de internação domiciliar, conforme definido nos artigos 19-a e 19-B, e, ainda, a aquisição, locação, reposição de peças ou conserto de aparelhos com finalidade médica e de mobiliários hospitalares.

Parágrafo Primeiro. A autorização para assistência de que trata o caput está condicionada à prévia avaliação da FAPES, com base em parecer técnico concedido por prazo determinado, passível de prorrogação.

Parágrafo Segundo. A concessão da autorização de que trata o parágrafo 1º não exime a família da responsabilidade pelos cuidados diretos com o paciente e pela disponibilização da infraestrutura necessária para a devida acomodação de equipamentos, aparelhos hospitalares e recursos humanos, que sejam necessários para a prestação do serviço solicitado.

Art. 19-A O atendimento domiciliar compreende procedimentos realizados no domicílio, por profissional habilitado na área de assistência à saúde ou algum tipo de equipamento hospitalar, em pacientes que comprovem impossibilidade de atendimento ambulatorial e que não necessitem de hospitalização ou internação domiciliar.

Art. 19-B A internação domiciliar compreende serviço prestado por período de tempo determinado, por instituição especializada e autorizada pela FAPES, que disponha de equipe multidisciplinar de saúde, liderada por médico, em continuidade ao tratamento recebido durante internação hospitalar, até a estabilização do quadro clínico que a originou.

Parágrafo Primeiro. A assistência de que trata o caput destina-se aos pacientes que precisam permanecer internados para continuação de tratamento, cujo estado clínico-cirúrgico e o tipo de cuidados necessários não exigem mais o suporte da estrutura hospitalar, mas permitem a continuidade do tratamento, com segurança, no domicílio do paciente.

Parágrafo Segundo. Não será autorizada a concessão da assistência de que trata o *caput*, aos pacientes portadores de doenças crônicas e sequelas, mesmo com dependência total ou parcial para as atividades da vida diária, que não tenham indicação médica para internação hospitalar.

Art. 20 - A assistência complementar compreende a aquisição de lentes, aparelhos auditivos e aparelhos ortopédicos.



Art. 21 - O FAMS assumirá, em caráter permanente, a cobertura integral das seguintes despesas:

- a) assistência médica aos beneficiários titulares e seus dependentes, em tratamento pelo Sistema de ESCOLHA DIRIGIDA, em regime ambulatorial ou domiciliar, quando diagnosticado o HIV e/ou neoplasias malignas. A mesma disciplina poderá ser estendida, em havendo disponibilidade orçamentária, a vítimas de outras doenças, que, possuam natureza incurável e prognóstico terminal, sejam aquelas equiparadas, por suas conseqüências e efeitos, conforme declaração de médico da FAPES;
- b) aquisição de medicamentos, para uso de beneficiários titulares e seus dependentes, quando realizada diretamente pela FAPES através de empresa de benefício-farmácia por ela contratada, através de instituição da rede credenciada ou, em casos excepcionais em que os medicamentos não possam ser fornecidos por essas entidades, quando adquiridos por conta do usuário, após autorização expressa da FAPES, quando diagnosticado o HIV e/ou neoplasias malignas. A mesma disciplina poderá ser estendida, em havendo disponibilidade orçamentária, a vítimas de outras doenças, que, por sua natureza incurável e prognóstico terminal, sejam àquelas equiparadas, por suas conseqüências e efeitos, conforme declaração de médico da FAPES;
- c) aquisição de hormônio do crescimento, no caso definido por meios clínicos e laboratoriais como nanismo hipofisário, sujeito a perícia prévia, quando realizada diretamente pela FAPES através de empresa de benefício-farmácia por ela contratada, através de hospital da rede credenciada ou, em casos excepcionais em que os medicamentos não possam ser fornecidos por essas entidades, quando adquiridos por conta do usuário, após autorização expressa da FAPES; e
- d) odonto-médico-hospitalares, de caráter emergencial, quando efetuadas pelos beneficiários titulares em viagem a serviço do BNDES.

Capítulo V - Da cobertura das despesas

Art. 22 - As despesas decorrentes da prestação dos serviços previstos neste Regulamento serão custeadas integralmente pelo FAMS, na assistência prestada pelo SISTEMA DE ESCOLHA DIRIGIDA, aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos na data do atendimento, utilizando-se da rede credenciada da FAPES, ressalvada a coparticipação em psicoterapia, conforme previsto no Anexo a este Regulamento.



Art. 23 - REVOGADO

Art. 24 - REVOGADO

Art. 25 - O FAMS poderá, mediante autorização do Diretor da área do BNDES responsável pelo acompanhamento da gestão do PAS, participar com um percentual de reembolso mais elevado nas despesas decorrentes de hospitalização em casos considerados, a critério da FAPES, de urgência, extrema gravidade ou complexidade, quando utilizada a LIVRE ESCOLHA, desde que o mesmo tipo de atendimento não possa ser prestado através dos serviços da ESCOLHA DIRIGIDA, observadas as regras de reembolso em vigor estabelecidas pela ANS.

Art. 26 - No Sistema de LIVRE ESCOLHA, haverá rateio das despesas entre o FAMS e o beneficiário titular, mediante a incidência dos percentuais indicados na tabela anexa a este Regulamento sobre o valor dos gastos efetivamente realizados, observados os limites estabelecidos.

Parágrafo Único - Para fins deste Regulamento, o valor das “unidades de serviço” - US, em que são expressas as remunerações contratuais, será reajustado sempre que julgado necessário mediante proposta da FAPES, de forma a que os valores de reembolso praticados no Sistema de LIVRE ESCOLHA não sejam inferiores aos valores praticados entre os credenciados para prestação do mesmo serviço no Sistema de ESCOLHA DIRIGIDA.

Art. 27 - O seguro-saúde, eventualmente contratado pelo beneficiário titular, não impede o rateio previsto no artigo anterior. Cumpre ao beneficiário titular repor à FAPES a parcela excedente na hipótese de vir a receber da entidade seguradora importância que, somada à cobertura pelo FAMS, ultrapasse o total das despesas por ele efetivamente realizadas.

Art. 28 - Em se tratando de despesas no Sistema de LIVRE ESCOLHA com serviços de assistência à saúde em regime ambulatorial, domiciliar ou de hospitalização, a participação do FAMS não ultrapassará os limites fixados na Tabela de Reembolso da FAPES, que, por sua vez, não será inferior à Tabela de Referência praticada pela FAPES com a rede credenciada.

Art. 29 - A participação do FAMS nas despesas com serviços de assistência odontológica não ultrapassará, a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro, 2000 (duas mil) US por beneficiário titular e seus dependentes, considerados isoladamente, à exceção dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor na data do evento para os quais não há limite de despesa.

Parágrafo Único - Nos tratamentos ortodônticos, a participação do FAMS será limitada a 2800 (duas mil e oitocentas) US, quando o tratamento for realizado por aparelho fixo, e a 3400 (três mil e quatrocentas) US em caso de aparelho móvel, por beneficiário titular e



seus dependentes, considerados isoladamente e durante todo o tempo de vinculação ao plano. Atingido esse limite, o FAMS não participará das despesas com novos tratamentos referentes à mesma pessoa.

Art. 30 - Nas despesas com serviços de assistência complementar, a participação do FAMS não excederá aos seguintes limites, por beneficiário titular e seus dependentes, considerados isoladamente:

- I. a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro, a 500 (quinhentas) US para lentes e a 1700 (um mil e setecentas) US para aparelhos auditivos;
- II. a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro, a 400 (quatrocentas) US para botas e palmilhas.

Art. 31 - Mediante a apresentação do correspondente orçamento médico, e em caso de necessidade, poderá o beneficiário titular obter adiantamento financeiro para pagamento das despesas decorrentes de internação hospitalar, devendo a aplicação desse adiantamento ser comprovada até 10 (dez) dias da concessão, e o eventual saldo não aplicado reposto de uma só vez, sob pena de cobrança pela FAPES do valor total do adiantamento concedido, em caixa ou pelo desconto em folha.

Parágrafo Primeiro - O orçamento deverá ser emitido pelo profissional responsável e conter o nome de cada profissional, órgão de classe e registro no Imposto de Renda (CPF ou CNPJ), discriminando o serviço a ser prestado e seu valor.

Parágrafo Segundo - A quota-parte que couber ao beneficiário titular será paga em prestações correspondentes a 10% (dez por cento), sem encargos financeiros, da remuneração contratual, mediante desconto em folha de pagamento.

Art. 32 - Sempre que, em se tratando de despesas decorrentes de internação hospitalar, a quota-parte que couber ao beneficiário titular ultrapassar 10% (dez por cento) da remuneração contratual, poderá ele obter o reembolso das despesas efetivamente realizadas e liquidar o valor de sua quota-parte, sem encargos financeiros, mediante desconto em folha, em prestações correspondentes a 10% (dez por cento) sobre a remuneração contratual.

Art. 33 - O adiantamento e o parcelamento previstos nos artigos 31 e 32 aplicam-se, também, aos casos de assistência médica, assim como aos de assistência odontológica em caso de urgência, limitados, todavia, ao valor da remuneração contratual ou proventos do beneficiário titular, somado, se for o caso, ao montante de participação do FAMS.

Parágrafo Único - Não será concedido adiantamento cujo valor seja inferior a 50% (cinquenta por cento) da remuneração contratual ou proventos do beneficiário titular.



Art. 34 - O reembolso de despesas com serviços de assistência médica, de assistência hospitalar ou domiciliar, de assistência odontológica e de assistência complementar deverá ser solicitado pelo beneficiário titular, no prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data da emissão dos respectivos recibos de pagamento, que deverão ser passados em papel timbrado ou carimbado, com indicação do registro no Imposto de Renda (CPF ou CNPJ) e nos órgãos de classe.

Parágrafo Primeiro - Somente serão reembolsadas as despesas realizadas por beneficiário titular e/ou dependente regularmente inscrito na data do atendimento. Os recibos deverão discriminar a natureza dos serviços prestados e, se for o caso, a quantificação (número de consultas, visitas etc.) além de, em se tratando de assistência odontológica, material utilizado e preços unitários, salvo se constarem de orçamento.

Parágrafo Segundo - REVOGADO.

Parágrafo Terceiro - Nos casos de assistência complementar, os comprovantes de despesas deverão vir acompanhados das respectivas receitas médicas.

Parágrafo Quarto - O reembolso será concedido mensalmente na folha de pagamento dos beneficiários titulares ou, para aqueles que não integram a folha, por crédito efetuado na mesma data de pagamento.

Parágrafo Quinto - Observado o prazo de apresentação, determinado no caput deste artigo, poderá ser concedido reembolso complementar para as despesas a que se referem os artigos 29 e 30, por meio de reapresentação dos respectivos recibos, em período subsequente, sempre que o limite de participação do FAMS para determinado período tiver sido insuficiente para fazer face às despesas realizadas.

Art. 35 - Não haverá contraprestação pecuniária mensal dos beneficiários titulares para o custeio do PAS, à exceção dos percentuais de co-participação e dos parcelamentos previstos neste Regulamento.

Capítulo VI - Das penalidades

Art. 36 - Em caso de abuso, má-fé ou declaração falsa de qualquer natureza, por parte do beneficiário titular e/ou de seus dependentes, devidamente comprovado, caberá ao Diretor da área do BNDES responsável pelo acompanhamento da gestão do PAS deliberar, mediante proposta da Diretoria da FAPES, sobre a aplicação das sanções a seguir indicadas, sem prejuízo de outras providências que julgar indispensáveis e independentemente de procedimento legal cabível:

- a) suspensão temporária, por prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, da possibilidade de utilização de toda e qualquer assistência prevista neste Regulamento pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes; e



- b) na hipótese de reincidência, exclusão da possibilidade de utilização, pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes, da assistência pelo Sistema de LIVRE ESCOLHA ou, dependendo da gravidade do ato praticado, de toda e qualquer assistência prevista neste Regulamento.

Parágrafo Único - Sem prejuízo das sanções previstas no item acima, a FAPES tomará as providências necessárias para o ressarcimento das despesas realizadas, indevidamente, bem como levará a ocorrência ao conhecimento da unidade responsável pela administração de recursos humanos do BNDES, que poderá, a seu exclusivo critério, propor outras sanções de natureza trabalhista, quando couber.

Capítulo VII - Da participação financeira do Sistema BNDES

Art. 37 - As empresas do Sistema BNDES assumirão os riscos decorrentes da execução do PAS, pela FAPES, bem como a manutenção da assistência à saúde, na forma da legislação vigente e conforme disposições deste Regulamento.

Parágrafo Primeiro - O Fundo de Assistência Médico Social – FAMS é constituído como fundo rotativo, com recursos oriundos das empresas do Sistema BNDES.

Parágrafo Segundo - Caberá à FAPES elaborar, anualmente, a proposta de orçamento que englobará as despesas de administração do FAMS.

Parágrafo Terceiro - O valor anual orçado será reavaliado pela FAPES, quando solicitado pelas empresas do Sistema BNDES, com base em planilhas de custos, de modo a incluir na dotação orçamentária do exercício seguinte a despesa decorrente do novo valor então definido.

Parágrafo Quarto - A qualquer tempo, se a dotação orçamentária se tornar insuficiente para a cobertura das despesas, a FAPES proporá às empresas do Sistema BNDES a revisão dos valores.

Parágrafo Quinto - As empresas do Sistema BNDES participarão financeiramente do PAS, arcando com o custeio das despesas, obedecida a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos anuais, conforme regras de transferências previstas no parágrafo sétimo deste artigo.

Parágrafo Sexto - As despesas do PAS serão rateadas entre as empresas do Sistema BNDES, as quais arcarão, respectivamente, com os custos dos beneficiários titulares e dependentes a elas vinculadas.

Parágrafo Sétimo - O Sistema BNDES transferirá à FAPES, no 1º (primeiro) dia útil de cada ano, recursos financeiros no valor correspondente a 20% (vinte por cento) das despesas efetivas do ano anterior e, mensalmente, a partir do mês de fevereiro de cada ano, até o 5º dia útil, após a apresentação da prestação de contas pela FAPES, aportarão



recursos proporcionalmente às despesas referentes ao custeio do plano de saúde dos respectivos beneficiários, correndo todas as transferências por conta do Fundo de Assistência Médico Social – FAMS.

Parágrafo Oitavo - As despesas administrativas e operacionais, geradas para a consecução dos objetivos do PAS, serão calculadas pela FAPES e destacadas na prestação de contas apresentada mensalmente às empresas do Sistema BNDES.

Capítulo VIII - Disposições gerais

Art. 38 - O BNDES poderá, a qualquer tempo, alterar, suspender ou cancelar os benefícios a que se refere este Regulamento, respeitando os pedidos de assistência em andamento e aqueles apresentados até a data da entrada em vigor de quaisquer daquelas medidas.

Art. 39 - A FAPES submeterá ao BNDES, anualmente, relatório sobre as atividades relacionadas com a prestação dos serviços previstos neste Regulamento.

Art. 40 - As unidades responsáveis pela administração de recursos humanos e de contabilidade do BNDES deverão manter estreita ligação com a FAPES, no sentido de colaborar com as iniciativas que visem à boa execução, atualização e ao aperfeiçoamento do presente Regulamento.

Art. 41 - Mediante comunicação da FAPES, a unidade responsável pela administração de recursos humanos do BNDES, procederá, mensalmente, aos descontos cabíveis nas folhas de pagamento dos beneficiários titulares empregados, das despesas que couberem aos beneficiários titulares, bem como aos créditos decorrentes dos reembolsos previstos neste regulamento.

Art. 42 - Para fins de determinação do percentual de participação do FAMS nas despesas decorrentes dos serviços previstos neste Regulamento, será utilizada para o beneficiário titular na condição de:

- I. empregado, a remuneração contratual; e
- II. ex-empregado, os proventos, considerando a importância equivalente ao valor do benefício concedido pela previdência Social, exceto a parcela excedente a 35 anos de serviço, acrescida da renda que lhe for assegurada por força do Regulamento do Plano Básico de Benefícios– RPBB da FAPES.

Parágrafo Único - Será adotado para cálculo do percentual de reembolso dos benefícios previstos neste Regulamento, no caso de beneficiário titular aposentado não participante da FAPES, o benefício percebido do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, o qual deverá ser anualmente comprovado, no mês seguinte ao do seu reajuste.

Art. 43 - O débito do empregado com o BNDES, decorrente da prestação dos serviços previstos neste Regulamento, na hipótese de suspensão do contrato de trabalho, salvo



quando em decorrência de percepção de benefício previdenciário, e de rescisão do contrato de trabalho, salvo por aposentadoria, deverá ser liquidado de uma só vez, sob pena de cobrança executiva, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial.

Parágrafo Único - Igual tratamento será dado aos membros da Diretoria ao final de seus mandatos e aos cedidos ao Sistema BNDES ao final de suas cessões.

Art. 44 - Em caso de falecimento do beneficiário titular, o débito para com o FAMS, decorrente de serviços prestados a ele e a seus dependentes, será de integral responsabilidade do fundo.

Art. 45 - Qualquer alteração nos limites de reembolso estabelecidos neste Regulamento, bem como a atualização do valor da US, na forma estabelecida no parágrafo único do artigo 26, dependerá de expressa autorização do Diretor da área do BNDES responsável pelo acompanhamento da gestão do PAS, observado o disposto no parágrafo único do mencionado artigo 26.

Art. 46 - Os casos não previstos e as dúvidas suscitadas na aplicação deste Regulamento serão resolvidos pelo Diretor da área do BNDES responsável pelo acompanhamento da gestão do PAS, após análise e encaminhamento pela FAPES.

Capítulo IX - Tabela de reembolsos

Modalidade Assistencial	Percentual Máximo sobre a despesa realizada em função da remuneração contratual			
	Até 3000 US (inclusive)	De 3000 a 6000 US (inclusive)	De 6000 a 9000 US (inclusive)	Acima de 9000 US
Hospital/domiciliar	90	85	75	65
Médica	80	75	65	55
Odontológica	70	60	50	45
Complementar	65	60	55	50

Anexo – Critérios para reembolso e utilização dos benefícios de assistência à saúde

I. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

A. De cônjuge

1. Certidão de casamento;
2. Declaração, firmada por ambos os cônjuges, que permanecem na constância do casamento; e
3. CPF do cônjuge.



B. De filho(a)

1. Certidão de nascimento/ identidade ou sentença de adoção; e
2. Após os 16 (dezesesseis) anos, declaração do estado civil de solteiro(a), firmada pelo(a) filho(a) e pelo beneficiário titular; e
3. Após os 18 (dezoito) anos:
 - CPF do filho; e
 - Matrícula em estabelecimento de ensino, oficial ou reconhecido no grau exigido como requisito; ou
 - Declaração oficial de estar prestando serviço militar obrigatório; ou
 - Documentos comprobatórios, para avaliação pela FAPES, da existência de doença ou deficiência impeditiva a que pudesse estudar ou prover a própria subsistência, bem como o(a) mantenha impossibilitado(a) para o exercício de quaisquer atividades geradoras de rendimentos.

C. De enteado(a)

1. Declaração, firmada pelo beneficiário titular e seu cônjuge ou companheiro(a), de permanecerem na constância da sociedade conjugal ou em regime de união estável; ou
 - Certidão de óbito do cônjuge ou companheiro(a); e
2. Certidão de nascimento/ identidade ou sentença de adoção; e
3. Declaração de coabitação com o beneficiário titular, firmada por este e por seu cônjuge ou companheiro(a), em conjunto com o(a) enteado(a) se maior de 16 (dezesesseis) anos; ou
 - Cópia da declaração do Imposto de Renda, do beneficiário titular ou de seu cônjuge ou companheiro(a), constando o(a) enteado(a) como dependente; e
4. Após os 16 (dezesesseis) anos, declaração do estado civil de solteiro(a), firmada pelo enteado(a), pelo beneficiário titular e seu cônjuge ou companheiro(a); e
5. Após os 18 (dezoito) anos:
 - CPF do enteado; e
 - Matrícula em estabelecimento de ensino, oficial ou reconhecido no grau exigido como requisito; ou
 - Declaração oficial de estar prestando serviço militar obrigatório; ou



- Documentos comprobatórios, para avaliação pela FAPES, da existência de doença ou deficiência impeditiva a que pudesse estudar ou prover a própria subsistência, bem como o(a) mantenha impossibilitado(a) para o exercício de quaisquer atividades geradoras de rendimentos.

D. De menor sob guarda judicial

1. Decisão judicial declaratória da guarda; e
2. Certidão de nascimento/ identidade; e
3. Após os 16 (dezesesseis) anos, declaração do estado civil de solteiro(a), firmada pelo menor e pelo beneficiário titular; e
4. Após os 18 (dezoito) anos, CPF do menor e matrícula em estabelecimento de ensino, oficial ou reconhecido no grau exigido como requisito ou declaração oficial de estar prestando serviço militar obrigatório; e
5. Cópia da declaração do Imposto de Renda do beneficiário titular, do último exercício, constando o menor como seu dependente.

E. De companheiro(a)

1. CPF do companheiro; e
2. Certidão de nascimento/ identidade do beneficiário titular e de seu(sua) companheiro(a), acompanhada de declaração do estado civil de solteiro(a); ou
 - Certidão de casamento acompanhada de declaração de separação de fato ou constando averbação de separação judicial ou de divórcio; ou
 - Certidão de óbito do ex- cônjuge, acompanhada de declaração de estado civil de viúvo(a); e
3. Declaração conjunta, pelo beneficiário titular e por seu(sua) companheiro(a), de que não se enquadram nas situações de impedimento previstas nos incisos I a V e VII do Art. 1521 do Código Civil; e
4. Declaração da união, em regime de coabitação, firmada por ambos e por duas testemunhas, acompanhada de:
 - a) Certidão de nascimento de filho comum havido na constância da união; ou
 - b) Sentença de adoção de filho, em nome do(a) beneficiário titular(a), de seu (sua) companheiro(a) ou de ambos, proferida na constância da união; ou



- c) Documentos a seguir relacionados, que deverão comprovar a coabitação durante os últimos dois anos:
1. Procurações ou fianças recíprocas em que conste o mesmo domicílio nas qualificações; e/ou
 2. Contas de encargos domésticos (luz, gás, telefone, água) em nome de ambos; e/ou
 3. Declarações de Imposto de renda com o mesmo endereço residencial, ou Declarações conjuntas; e/ou
 4. outros comprobatórios do domicílio comum, a critério da FAPES; ou
 5. Declaração de união firmada por ambos e por duas testemunhas, acompanhada de, no mínimo, três dos seguintes documentos:
 - a) Cópia de declaração do Imposto de Renda do último exercício, de um em que o outro conste como seu dependente;
 - b) Cópia de testamento por instrumento público, de um em que o outro conste como herdeiro ou legatário;
 - c) Comprovante de conta bancária conjunta com extrato de movimentação dos últimos seis meses;
 - d) Faturas de cartão de crédito, em que um seja adicional do outro, em que haja movimentação por ambos nos últimos seis meses;
 - e) Procurações, por instrumento público, com poderes para administração em geral, reciprocamente outorgadas, acompanhadas de declaração de estarem em vigor;
 - f) Apólice vigente de seguro de um em favor do outro.

F. De irmão ou irmã inválido(a)

1. CPF, Certidão de nascimento/ identidade; e
2. Documentos comprobatórios, para avaliação pela FAPES, de que as doenças ou deficiências, de que o irmão ou irmã seja portador(a), tenham sido impeditivas a que pudesse estudar ou prover a própria subsistência antes de 24 (vinte e quatro) anos, bem como mantenham-no(a) impossibilitado(a) do exercício de quaisquer atividades geradoras de rendimentos, e
3. Declaração de coabitação firmada pelo beneficiário titular em conjunto com o irmão ou irmã, quando capaz, ou;



- Título de aquisição da propriedade ou certidão do RGI do imóvel em nome do beneficiário titular ou seu cônjuge ou companheiro(a); ou
 - Contrato de locação do imóvel em que conste o beneficiário titular ou seu cônjuge ou companheiro(a) como locatário(a), juntamente com declaração de sua destinação para residência do irmão ou irmã; ou
 - Declaração de coabitação firmada pelo pai e/ou a mãe em conjunto com o irmão ou a irmã, se capaz, tendo o beneficiário titular como testemunha; ou
 - Atestado, fornecido por instituição pública ou privada, de que o irmão ou irmã do beneficiário titular encontra-se em regime de internação, sob a responsabilidade deste; e
4. Cópia da declaração do Imposto de Renda do beneficiário titular, do último exercício, constando o irmão ou irmã como seu dependente; e
 5. Comprovantes dos rendimentos do irmão ou irmã; ou certidão do INSS confirmando a inexistência de pensão.

II. CRITÉRIOS ADICIONAIS PARA PAGAMENTO DAS DESPESAS

A. Com tratamento de Fonoaudiologia ou Distúrbios da Fala e com Psicoterapia, Terapia Ocupacional e Nutrição – referente ao artigo 16

1. Tratamento fonoaudiólogo

1.1. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos os seguintes documentos:

- a) laudo técnico do fonoaudiólogo, estabelecendo o quadro clínico e o planejamento terapêutico, que deverá conter o número de sessões semanais e o tempo estimado de conclusão do tratamento, para a recuperação e reabilitação dos distúrbios da fala, da deglutição, bem como aprendizagem da fala por anomalias congênitas dos aparelhos fonador e/ou auditivo e os casos de dislexias;
- b) na continuidade do tratamento, relatório detalhado, com quadro evolutivo do tratamento.

1.2. Serão concedidas, no máximo, 104 (cento e quatro) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano.



- 1.3. No caso de necessidade de plano de tratamento fonoaudiológico com número de sessões superior a 104 (cento e quatro) dentro do mesmo período, poderá ser concedida autorização, mediante avaliação dos documentos necessários por unidade administrativa da FAPES responsável pela autorização.
 - 1.4. Os critérios acima estabelecidos para o tratamento fonoaudiológico não alcançam os casos de consultas para orientação, como também as hipóteses de avaliação para início do tratamento, independente de autorização prévia da FAPES e limitadas a 05 (cinco) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano.
2. Tratamento Psicoterápico
- 2.1. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos os seguintes documentos:
 - a) relatório do psicólogo ou do psiquiatra, estabelecendo o quadro clínico, o diagnóstico e o planejamento terapêutico, que deverá conter o número de sessões semanais;
 - b) na continuidade do tratamento, relatório detalhado, com quadro evolutivo do tratamento.
 - 2.2. Na hipótese de tratamento psicoterápico individual, serão concedidas, no máximo, 52 (cinquenta e duas) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano.
 - 2.3. Na hipótese de tratamento psicoterápico de casal, serão concedidas, no máximo, 30 (trinta) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano, exclusivamente para o beneficiário titular, independentemente dos limites estabelecidos no item 2.2.
 - 2.4. Na hipótese de tratamento psicoterápico familiar, serão concedidas, no máximo, 30 (trinta) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano, para o beneficiário a quem se destina prioritariamente o tratamento, independentemente dos limites estabelecidos no item 2.2.
 - 2.5. No caso de necessidade de plano de tratamento psicoterápico individual com número de sessões superior a 52 (cinquenta e duas) dentro do mesmo período, poderá ser concedida autorização, mediante avaliação, pela unidade administrativa da FAPES responsável pela autorização, dos documentos



descritos no item 2.1 com identificação dos distúrbios e transtornos mentais graves que a justifiquem.

2.6. Nos casos de que trata o item 2.5, haverá coparticipação do beneficiário titular de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor das despesas, observando que no Sistema de LIVRE ESCOLHA o reembolso não será inferior ao que seria praticado com a rede prestadora de serviços da FAPES, descontado o percentual de coparticipação do beneficiário.

2.7. As limitações estabelecidas para o tratamento psicoterápico não se estendem:

- a) às consultas para orientação, como também às hipóteses de avaliação para início do tratamento, independente de autorização prévia da FAPES e limitadas a 05 (cinco) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano;
- b) aos casos psiquiátricos graves, devendo o tratamento ser feito exclusivamente por médico psiquiatra, com autorização prévia da FAPES e validade máxima de um ano;
- c) às sessões vinculadas aos programas de Saúde específicos da FAPES.

3. Terapia Ocupacional

3.1. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos os seguintes documentos:

- a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico, o diagnóstico e o número de sessões necessárias ao cumprimento dos objetivos do tratamento;
- b) na continuidade do tratamento, relatório detalhado e atualizado, elaborado pelo médico assistente, com quadro evolutivo do tratamento.

3.2. Deverá ser comprovado, para concessão da autorização, que o paciente tenha pelo menos um dos seguintes diagnósticos primários ou secundários de:

- a) esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID10 - f 20 a f 29);
- b) transtornos globais do desenvolvimento (CID10 f 84).
- c) transtornos da alimentação (CID10 f 50);
- d) transtornos do humor (CID10 f 31 e f 33);

3.3. Serão concedidas, no máximo, 12 (doze) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano.



4. Nutrição

- 4.1. Não será necessária a concessão da autorização prévia para cobertura de despesas com atendimento para orientação nutricional.
- 4.2. Somente serão custeadas pelo FAMS as despesas decorrentes de atendimento realizado por profissional legalmente capacitado: nutricionistas ou nutrólogos.
- 4.3. Serão custeadas as despesas com, no máximo, 12 (doze) sessões a cada período de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º de outubro de cada ano.

B. Com Tratamento de Deficientes Físicos e/ou Mentais – referente aos artigos 13, 22 e 26

O reembolso de despesas com o atendimento de deficientes físicos e/ ou mentais será integral, mediante autorização prévia da FAPES, desde que tais despesas se refiram a tratamento específico decorrente da condição de deficiência física e/ou mental, limitado, porém a 4 (quatro) vezes o valor adotado pelo BNDES para o reembolso creche, o qual, concomitantemente, não lhe será concedido.

C. Assistência em Regime Domiciliar

1. As despesas, relativas às consultas e aos exames, realizados no SISTEMA de LIVRE ESCOLHA em regime domiciliar, serão custeadas pelo FAMS, desde que sejam anexados à solicitação de reembolso os relatórios médicos com justificativa para o atendimento neste regime.
2. Nos casos de exames e tratamentos seriados realizados em regime domiciliar, deverá ser apresentado, para a concessão da autorização prévia pela FAPES, pedido médico com a justificativa para realização, acrescido do relatório médico assistente com a justificativa para o atendimento em regime domiciliar.
3. Nos casos de assistência odontológica realizada em regime domiciliar, serão observados os mesmos critérios definidos na letra G do item III do Anexo a este Regulamento para a concessão da autorização prévia pela FAPES, acrescido do relatório do médico assistente com a justificativa para o atendimento em regime domiciliar.



4. Nos casos de internação domiciliar ou de prestação de serviços de enfermagem e fornecimento de equipamentos de suporte à saúde, será exigida autorização prévia da FAPES, mediante apresentação dos seguintes documentos:
 - a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico, o diagnóstico e o planejamento terapêutico, que deverá conter, obrigatoriamente, os tipos de serviços e equipamentos, bem como o tempo estimado para a prestação da assistência domiciliar;
 - b) na continuidade da assistência, relatório detalhado e atualizado, elaborado pelo médico assistente, com quadro evolutivo do tratamento e o novo período proposto para a assistência.
5. O reembolso das despesas com equipamentos de suporte à saúde está limitado ao preço médio de mercado.
6. O reembolso das despesas com prestação dos serviços de enfermagem:
 - a) não será concedido para pacientes em internação hospitalar;
 - b) não excederá o valor máximo acordado entre a FAPES e as entidades credenciadas conforme a duração do plantão indicado.

D. Com Assistência Odontológica em regime hospitalar

1. São consideradas despesas hospitalares as cirurgias odontológicas buco-maxilofacial que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos buco-maxilares, passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.

III. Autorizações Prévias

A. Internação Hospitalar

1. Nos casos de internação eletiva, sem caráter de urgência, o beneficiário titular deverá solicitar à FAPES autorização para a internação.
2. A autorização será concedida pela FAPES no prazo máximo de dois dias úteis.
3. Nos casos de internação em caráter de urgência é dispensada a autorização prévia, mas exigida sua comunicação no prazo máximo de dois dias a contar da data da internação, apresentando a justificativa médica da situação de urgência.



4. A comunicação deverá ser feita à Central de Atendimento da FAPES que orientará o beneficiário titular ou seus familiares e agilizará as providências para autorização.

B. Exames Complementares

1. Está sujeita à prévia autorização a realização de exames complementares, enquadráveis no art. 13 do RAS e constantes na listagem a ser definida pela FAPES.
2. Para a concessão da autorização é indispensável que o beneficiário titular a solicite apresentando a justificativa médica para a realização do exame.
3. A Autorização será concedida pela FAPES no prazo máximo de dois dias úteis.
4. Ao solicitar o reembolso, no Sistema LIVRE ESCOLHA, o beneficiário titular deverá anexar a respectiva autorização ao documento de despesa (recibo ou nota fiscal).
5. No ato do atendimento pelo credenciado, no Sistema ESCOLHA DIRIGIDA, o beneficiário titular ou dependente autorizado deverá entregar a autorização do exame.

C. Tratamento Fisioterápico

1. Para a concessão da autorização pela FAPES, serão exigidos os seguintes documentos:
 - a) relatório do médico assistente, estabelecendo o quadro clínico e o diagnóstico;
 - b) planejamento terapêutico elaborado pelo médico assistente ou pelo fisioterapeuta, que deverá conter o número de sessões necessárias ao cumprimento dos objetivos do tratamento fisioterápico;
 - c) na continuidade do tratamento, relatório detalhado e atualizado, elaborado pelo médico assistente ou pelo fisioterapeuta, com quadro evolutivo do tratamento.
2. Na hipótese de planejamento terapêutico elaborado pelo fisioterapeuta será exigida a inclusão dos métodos e técnicas que serão realizados.
3. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar parecer do médico assistente para autorizar a continuidade do tratamento anteriormente proposto.
4. No caso de paciente internado, é dispensada a autorização prévia. A entidade hospitalar, porém, encaminhará relatório médico comprovando a necessidade do tratamento anexo à conta hospitalar.
5. A consulta para elaboração de planejamento terapêutico independe de autorização prévia da FAPES.



D. Tratamento Esclerosante de Varizes

1. As despesas com tratamento esclerosante de varizes só serão reembolsadas nos casos de complementação de tratamento cirúrgico, realizado, no máximo, há seis meses, mediante prévia autorização, devendo ter duração máxima de 1 (hum) ano.
2. Para que a autorização seja dada é indispensável que o beneficiário titular a solicite apresentando a justificativa médica, informando o número de sessões pós-cirúrgicas necessárias.

E. Tratamentos Dermatológicos

1. As despesas com tratamentos dermatológicos somente serão custeadas pelo FAMS, quando tais tratamentos não sejam caracterizados como para fins estéticos, e mediante a concessão da autorização prévia pela FAPES.
2. Para a concessão da autorização pela FAPES, será exigida a apresentação de relatório do médico assistente contendo o diagnóstico, o tratamento com o código específico e, se for o caso, o número de sessões.
3. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar que o paciente seja submetido à perícia médica em seu Ambulatório Médico.

F. Cirurgia Plástica Reparadora

1. A autorização para cirurgia plástica só será concedida nos casos em que for considerada, a critério da FAPES, de natureza reparadora para correção de anomalia física congênita ou decorrente de traumatismo ou de procedimento terapêutico de doença adquirida.
2. Para que a autorização seja dada, é indispensável que o beneficiário titular a solicite apresentando a justificativa médica e do resultado dos exames que comprovem a necessidade de indicação do tratamento cirúrgico e que o paciente seja submetido à perícia prévia no Serviço Médico da FAPES, sempre que este julgar necessária.
3. Nos casos de urgência e emergência é dispensada a autorização prévia. Para que o reembolso seja concedido, porém, é necessário que o beneficiário titular solicite autorização *a posteriori*, no prazo máximo de dois dias úteis da ocorrência do evento, apresentando a justificativa médica da situação de urgência.



G. Tratamento Odontológico

1. O tratamento pelo SISTEMA DE ESCOLHA DIRIGIDA está sujeito à prévia autorização da FAPES, com exceção de alguns procedimentos a serem definidos pela FAPES. O tratamento pelo SISTEMA DE LIVRE ESCOLHA não necessita de autorização prévia da FAPES, excetuando-se os procedimentos de implantodontia.
2. Para a concessão da autorização pela FAPES, será exigida a apresentação de formulário próprio da FAPES ou relatório firmado pelo cirurgião-dentista contendo o diagnóstico, tratamento a ser realizado, especificando dentes e faces ou região acometida, quantidade do procedimento, bem como material a ser utilizado e valor cobrado para cada procedimento.
3. Nos casos de implante será exigida, além dos documentos constantes do item 2, a apresentação de Termo de Isenção de Responsabilidade em formulário próprio da FAPES, assinado pelo paciente e/ou beneficiário titular.
4. Para a realização de implante dentário, o beneficiário deverá comprovar à FAPES o atendimento dos seguintes requisitos:
 - a) idade superior a 21 anos;
 - b) ter se submetido a avaliações clínicas realizadas por médico e cirurgião-dentista;
 - c) ter se submetido a tratamento periodontal prévio;
 - d) possuir estrutura óssea em condições de suportar o implante, comprovada por relatório do cirurgião-dentista responsável pelo procedimento;
 - e) apresentar destreza manual para executar higiene oral adequada; e
 - f) não apresentar nenhuma contra-indicação sistêmica ou local.
5. A FAPES poderá, sempre que julgar necessário, solicitar que o beneficiário seja submetido à auditoria odontológica externa com profissionais credenciados.
6. Compete à FAPES definir:
 - a) os procedimentos que estão sujeitos à auditoria; e
 - b) os prazos intervalares para realização dos procedimentos, baseado nas evidências científicas.
7. Os procedimentos de implantodontia deverão ser submetidos às auditorias nas fases: cirúrgica, cicatrizadora e protética, em ambos os Sistemas.
8. Para efeitos de custeio do FAMS serão admitidos os seguintes critérios:
 - 8.1. Clareamento em elementos dentários anteriores com comprovado estado de desvitalização pulpar, após realização de tratamento endodôntico.



- 8.2. Fase cicatrizadora do implante, 2ª fase, após três meses de realização da fase cirúrgica, 1ª fase, quando o implante for realizado na mandíbula, e após seis meses, quando o implante for realizado no maxilar superior; exceto nos casos de colocação de implantes com carga imediata.
- 8.3. Novo implante para o mesmo elemento em prazos intervalares superiores a 5 anos.
9. A realização dos procedimentos descritos nos itens 8.2 e 8.3 em intervalo inferior ao descrito somente será custeada pelo FAMS mediante autorização prévia da FAPES a ser expedida após a análise das justificativas apresentadas pelo cirurgião-dentista, em formulário próprio da FAPES, justificando previamente a necessidade do procedimento.

H. Tratamento Ortodôntico

1. Os tratamentos estão sujeitos à previa autorização da FAPES, a ser expedida mediante análise do orçamento e relatório emitido pelo profissional contendo: diagnóstico, tipo de tratamento e prazo provável de duração do mesmo, a serem apresentados pelo beneficiário titular. o valor da manutenção mensal não deverá constar do orçamento, uma vez que sua aprovação estará implícita quando da autorização.
2. Os tratamentos serão submetidos às auditorias inicial, de colocação do aparelho, intermediária e final.
3. Não serão custeados pelo FAMS:
 - 3.1. Novos aparelhos, para substituição daquele cuja perda ou inutilização foi de responsabilidade do beneficiário titular ou dependente.
 - 3.2. Aparelhos da ortodontia preventiva na vigência dos tratamentos interceptativos ou corretivos.
 - 3.3. Valores superiores à diferença de preços entre um aparelho móvel e o fixo, no caso de haver necessidade de iniciar um tratamento com a técnica móvel e, posteriormente, passar para o fixo, sendo obrigatória a auditoria antes e após a troca de cada aparelho.

IV. DOCUMENTO A SER APRESENTADO PARA RECADASTRAR ANUALMENTE OS GENITORES COMO DEPENDENTES NO PLANO DE SAÚDE:



- a) Declaração do próprio beneficiário titular declarando que o(s) genitor(es) encontram-se vivos.



@FAPES-BNDES



fapes.com.br



(21) 99451-8883