



RESOLUÇÃO 1483/2007 - BNDES

Assunto: Aprovação do Regulamento do Plano de Assistência e Saúde - RAS

Interessado: Sistema BNDES

Referência: INFORMAÇÃO PADRONIZADA AA/DEPES - 085/2007, de 11/07/2007
Nota Dir/AA nº 04/2007 e SUP/AA nº 05/2007, de 08.08.2007

A Diretoria do BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - BNDES, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III, do artigo 15, do Estatuto do BNDES, aprovado pelo Decreto nº 4.833, de 05.09.2003, 5.148 de 21.07.2004, 5.212, de 22.09.2004 e 5.897, de 20 de setembro de 2006.

RESOLVE:

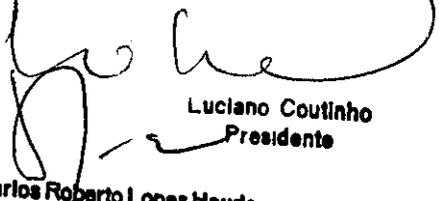
Art. 1º - Aprovar o "Regulamento do Plano de Assistência e Saúde - RAS", na forma anexa à presente Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor nesta data, revogada a Resolução nº 1221/2005, de 13 de outubro de 2005.

Rio de Janeiro, 14 AGO 2007


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU


Luciano Coutinho
Presidente
Carlos Roberto Lopes Haude
Superintendente
Área de Administração



REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - RAS

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

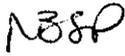
DOS BENEFICIÁRIOS

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 e os ex-empregados 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 membros da Diretoria; e
- III. os cedidos ao Sistema BNDES que tenham renunciado aos planos de assistência e saúde de seus órgãos de origem.

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

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

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

NBJP
Nadja Brunner Bu. S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

- 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, desde que:
- a) tenha mais de 55 (cinquenta e cinco) anos ou seja inválido; e
 - b) resida com o beneficiário titular ou em imóvel de propriedade deste ou alugado com responsabilidade do próprio ou do beneficiário titular pelo pagamento do aluguel; ou no único imóvel de sua propriedade; ou gratuitamente em imóvel de terceiro; 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; sendo que, nos casos de constância de casamento ou de união estável, os rendimentos deverão ser considerados em conjunto.
- 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

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483 /2007 - BNDES

- 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 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.

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

NBSF
Márcia Bruner de S. Pinheiro
Chefe do Departamento
AC/0033-00



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

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

Art. 8º- A assistência à saúde será ofertada aos beneficiários titulares e seus dependentes, sem exigência de cumprimento de prazo de carência, através dos seguintes sistemas:

- I. Livre Escolha
- II. Escolha Dirigida
- III. Ambulatório
- IV. Exames Médicos, Periódico, Admissional e Demissional

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 - A assistência ambulatorial, exclusiva dos beneficiários titulares empregados, compreenderá o atendimento de urgência e de clínica médica, em caráter gratuito, no ambulatório mantido pela FAPES, no Rio de Janeiro / RJ.

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

MSP
Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado
RJ/100000



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDDES

Art. 12 - Os exames médicos periódico, admissional e demissional, em caráter gratuito, visam avaliar as condições de saúde de todos os beneficiários titulares empregados do Sistema BNDDES. O exame médico periódico tem, também, objetivo preventivo, e será realizado sempre que constatada sua necessidade ou conveniência.

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 Médicos da tabela da AMB.

Parágrafo Único - Estão excluídos da cobertura do Plano de Assistência e Saúde os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos ou de indicação facultativa, exceto os descritos expressamente neste Regulamento;
- III. Cirurgia plástica estética não reparadora, nos termos descritos neste Regulamento;
- IV. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- VI. Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e
- VII. Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

N.B.S.P.
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe do Departamento
AAJURHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

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 fonoaudiológica, ou o distúrbio da fala, prestada por fonoaudiólogo, e a assistência psicológica (psicoterápica), que poderá ser prestada por médico ou psicólogo, igualmente se estendem aos beneficiários titulares e seus dependentes, limitadas, porém, a 60 (sessenta) sessões durante todo o tempo de vinculação ao plano, incluindo diagnose e terapia, podendo ser prolongadas com base em parecer médico da FAPES, que informará, inclusive, sobre a adequação do tratamento por mais 50 (cinquenta) sessões. Somente em casos excepcionais, devidamente justificados, poderá ser autorizada a continuidade do tratamento que, entretanto, não ultrapassará o limite máximo total de 300 (trezentas) sessões durante todo o tempo de vinculação ao plano.

Parágrafo Único - As sessões de fonoaudiologia serão computadas separadamente das de psicoterapia.

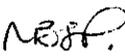
Art. 17 - A assistência odontológica compreende:

- 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;
- 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;


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nedja Brunara de S. Pinheiro
Chefe do Departamento
AFUNDADO



Anexo à Resolução 1483 /2007 - BNDES

- 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 domiciliar caracteriza-se pela prestação de serviços médico-hospitalares, de natureza intensiva, prestados por instituição especializada e autorizada, que disponha de equipe multidisciplinar de saúde, liderada por médico que assuma responsabilidade pelo caso do paciente, garantindo-lhe a mesma prestação de serviços como se internado estivesse.

Parágrafo Primeiro - A prestação de serviços de enfermagem ou de fisioterapia por pessoa física sem vinculação com uma instituição especializada não caracteriza assistência domiciliar.

Parágrafo Segundo - São elegíveis os pacientes que precisam permanecer internados para continuação de um tratamento, cujo estado clínico-cirúrgico e o tipo de cuidados

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Chefe de Departamento

NBP.
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DEBNU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDIS

necessários não exijam mais o suporte da estrutura hospitalar, mas permitam a continuidade do tratamento, com segurança, no domicílio do paciente.

Parágrafo Terceiro - Não são elegíveis os pacientes portadores de doenças crônicas e seqüelas, mesmo com dependência total ou parcial para as atividades da vida diária, que não tenham indicação médica para internação hospitalar, embora possam vir a necessitar de cuidados de enfermagem e algum tipo de equipamento hospitalar.

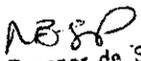
Parágrafo Quarto - A autorização para assistência domiciliar está condicionada a prévia avaliação pela FAPES, com base em parecer médico, e será concedida por prazo determinado passível de prorrogação.

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

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 BNDIS.


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe do Departamento
Assessoria



CAPÍTULO V

DA COBERTURA DAS DESPESAS

Art. 22- As despesas decorrentes da prestação dos serviços previstos neste Regulamento serão custeados integralmente pelo FAMS, nas seguintes hipóteses de assistência:

- I. Assistência prestada pelo SISTEMA DE ESCOLHA DIRIGIDA, aos beneficiários titulares e dependentes regularmente inscritos, utilizando-se da rede credenciada da FAPES;
- II. Assistência ambulatorial exclusiva dos beneficiários titulares empregados, compreendendo o atendimento de urgência e de clínica médica, no ambulatório mantido pela FAPES, no Rio de Janeiro / RJ; e
- III. Exames médicos periódico, admissional e demissional, realizados com a finalidade de avaliar as condições de saúde de todos os beneficiários titulares empregados do Sistema BNDES, bem como de atuar como mecanismo de prevenção sempre que constatada sua necessidade ou conveniência.

Art. 23 - Os ascendentes e descendentes dos beneficiários titulares, empregados do Sistema BNDES ou ex-empregados que percebam complementação de aposentadoria pela FAPES, não incluídos no Plano de Assistência e Saúde como dependentes, poderão ser atendidos pelos prestadores credenciados da FAPES, observado o disposto no art. 24.

Parágrafo Único - Mesmo direito se estende aos próprios beneficiários titulares, empregados do Sistema BNDES ou ex-empregados que percebam complementação de aposentadoria pela FAPES, nos casos em que esteja esgotado o limite de consultas em tratamento psicoterápico, fisioterápico ou fonoaudiológico.

Art. 24 - Para fim do atendimento de ascendentes/descendentes não incluídos no Plano de Assistência e Saúde como dependentes, deve ser observado que:

- a) No caso de internação hospitalar, a utilização estará restrita a rede de credenciados autorizada pela FAPES para este tipo de atendimento;
- b) O total da despesa será reembolsado à FAPES, de forma imediata e integral, na data da primeira folha de pagamento após o evento; e
- c) O não ressarcimento do débito na forma prevista poderá ensejar a aplicação das penalidades estabelecidas neste Regulamento.

Art. 25 - O FAMS poderá, mediante autorização do Diretor da AA do BNDES, participar com um percentual de reembolso mais elevado nas despesas decorrentes de



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

hospitalização em casos considerados, a critério da FAPES, de extrema gravidade e complexidade, quando utilizada a LIVRE ESCOLHA, desde que o mesmo tipo de atendimento não possa ser prestado através dos serviços da ESCOLHA DIRIGIDA.

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 maiores 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 coberta pelo FAMS, ultrapasse o total das despesas por ele efetivamente realizadas.

Art. 28 - Em se tratando de despesas com serviços de assistência médica em regime ambulatorial, domiciliar ou de hospitalização, a participação do FAMS não ultrapassará os limites fixados em Tabela da Associação Médica Brasileira - AMB ou outra que tenha sido formalmente negociada entre a FAPES e as instituições credenciadas, observados os valores praticados no mercado.

Parágrafo Único - Na omissão da Tabela da AMB, far-se-á o enquadramento do ato gerador da despesa por assemelhação a outros atos médicos de características equivalentes, acrescentando-se, ao limite assim encontrado, um adicional que atenda à complexidade do ato, se este não estiver compreendido no ato que serviu de base ao enquadramento.

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.

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.


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado
Médica Brunner do S. Pinheiro
Departamento



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

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 (hum 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 90 (noventa) dias, contados da data da emissão dos respectivos recibos de pagamento, que deverão ser passados em

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

NBSP.
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chfca de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

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 - Será permitida a concessão de complementação de reembolso de despesas, solicitada por beneficiário titular que acumule a qualidade de dependente, como cônjuge ou companheiro(a), de outro beneficiário titular, exceto quando referente às despesas resultantes de tratamentos psicoterápico e fonoaudiológico.

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 as 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 do BNDES responsável pela Área de Administração 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:

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

NBSF
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DEP/II



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

- 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 assumirá 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.


Nelson Sérgio S. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

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

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:

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

NBS/P.
Nedja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

- 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.

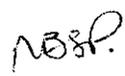
Parágrafo Único - Igual tratamento será dado aos membros da Diretoria ao final de seus mandatos e aos cedidos ao Sistema BNDES ao final de suas cessões.

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 de Administração do BNDES, 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 de Administração do BNDES, após análise e encaminhamento pela FAPES.


Nelson S. G. Pinheiro
A. P. 1000


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



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 9000US (inclusive)	Acima de 9000 US
Hospitalar / Domiciliar	90	85	75	65
Médica	80	75	65	55
Odontológica	70	60	50	45
Complementar	65	60	55	50


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

NBP.
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento



ANEXO

CRITÉRIOS PARA TIEMPO DE UTILIZAÇÃO DE BENEFÍCIOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

I DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

A. De cônjuge

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

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado

NBS
Nadja Brunner da S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

- 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.

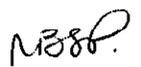
D. De menor sob guarda judicial

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


Nelson Sampaio G. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

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 pai e/ou mãe

1. Certidão de nascimento/ identidade do beneficiário titular; e
2. Certidão de nascimento/ identidade e CPF do pai ou mãe, acompanhada de declaração de ser o(a) mesmo(a) solteiro(a) ou de viver(em) em união estável; ou
 - Certidão de casamento, acompanhada, quando for o caso, de declaração de separação de fato ou constando averbação de separação judicial ou de divórcio;

OU


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nedja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483 /2007 - BNDES

- Certidão de óbito do ex-cônjuge, acompanhada de declaração do estado civil de viúvo(a); e
3. Título de aquisição da propriedade ou certidão do RGI relativa ao imóvel onde reside o pai e/ou mãe; ou
 - Contrato de locação do imóvel onde reside o pai e/ou mãe, em que conste o pai e/ou mãe, beneficiário titular ou seu cônjuge ou companheiro(a) como locatário(a); e
 4. Contas de encargos domésticos (luz, gás, telefone, água) em nome do pai e/ou mãe e declaração de ser o único imóvel de sua(s) propriedade(s), quando residir(em) em imóvel próprio; ou
 - Declaração do beneficiário titular de que destina imóvel de sua propriedade ou de seu cônjuge ou companheiro(a), à residência do pai e/ou mãe; ou
 - Contrato de locação do imóvel em que conste o pai ou mãe, beneficiário titular ou seu cônjuge ou companheiro(a) como locatário(a), juntamente com declaração de sua destinação para residência do pai e/ou mãe; ou
 - Declaração de coabitação firmada pelo beneficiário titular em conjunto com pai e/ou mãe; ou
 - Declaração do proprietário do imóvel onde reside(m) o pai e/ou mãe do beneficiário titular, de que o(s) mesmo(s) ali habita(m) sem qualquer despesa locatícia; ou
 - Certidão ou escritura de direito real de usufruto, uso, habitação ou comodato sobre imóvel alheio, em favor do pai e/ou mãe do beneficiário titular; e
 5. Cópia da declaração do Imposto de Renda do beneficiário titular, do último exercício, constando o pai e/ou mãe como dependente(s); e
 6. Comprovantes dos rendimentos do pai e/ou mãe, acompanhados dos do cônjuge ou companheiro(a) se na constância de casamento ou de união estável; ou
 - Certidão(ões) do INSS confirmando a inexistência de proventos de qualquer natureza, na hipótese do pai e/ou mãe e seu(s) cônjuge(s) ou companheiro(s) não auferir(em) renda(s); e
 7. Comprovação da situação de recebimento do benefício previdenciário de aposentadoria por invalidez pelo INSS, ou, na hipótese contrária, laudo médico fornecido por junta pericial constituída pela FAPES.

G. 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

Melo
Nelson
Chefe de Departamento
Nelson G. Pinheiro

N300.
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
NADBRUN



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDDES

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 DE DESPESAS

A. Com tratamento de Fonoaudiologia ou Distúrbios da Fala e com Psicoterapia - referente ao Artigo 16

1. Fonoaudiologia ou Distúrbios da Fala
 - 1.1 A partir da 6ª sessão de fonoaudiologia, o tratamento dependerá de prévia autorização da FAPES, com base em parecer técnico.
 - 1.2 O tratamento fonoaudiológico poderá ser prolongado, além das 60 (sessenta) sessões iniciais (incluídas as referidas no item 1.1 acima), por decisão da FAPES, uma vez verificada a sua adequação, por até mais 50 (cinquenta) sessões.
 - 1.3 Além das 110 sessões, somente haverá participação do FAMS nos casos excepcionais, como os mencionados a seguir:
 - a) afasias;
 - b) disfemias tônico-clônicas;
 - c) fissura lábio-palatal;
 - d) dislexias;
 - e) disortografias;
 - f) agrafias;
 - g) deglutição atípica;
 - h) dislalias incomuns e/ou bastante acentuadas; e

Nelson Sérgio G. Pinheiro
Autorizado

NBS&P.
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

- i) disfonias.
 - 1.4 No Sistema de Livre Escolha, o reembolso, a partir da 111ª sessão, obedecerá o seguinte escalonamento:
 - a) da 111ª à 200ª sessão: 80% do percentual de reembolso do beneficiário titular;
 - b) da 201ª à 250ª sessão: 60% do percentual de reembolso do beneficiário titular; e
 - c) da 251ª à 300ª sessão: 50% do percentual de reembolso do beneficiário titular.
 - 1.5 No Sistema de Escolha Dirigida, a partir da 111ª sessão, os percentuais de escalonamento, mencionados no item anterior, serão aplicados sobre o total das despesas, devendo o beneficiário titular reembolsar ao FAMS a diferença.
 - 1.6 O escalonamento mencionado no item anterior não será aplicado às despesas realizadas para os dependentes menores de 18 anos do beneficiário titular.
 - 1.7 As limitações estabelecidas para o tratamento corretivo de fonoaudiologia não alcançam os casos de aprendizagem da fala por anomalias congênitas dos aparelhos fonador e/ou auditivo e os casos de dislexias.
2. Psicoterapia
- 2.1 A partir da 6ª sessão de psicoterapia, o tratamento dependerá de prévia autorização da FAPES, com base em parecer técnico técnico.
 - 2.2 O tratamento poderá ser prolongado além das 60 (sessenta) sessões iniciais, por decisão da FAPES, uma vez verificada a sua adequação, por até mais 50 (cinquenta) sessões.
 - 2.3 Além das 110 sessões, somente haverá participação do FAMS nos casos excepcionais, como por exemplo:
 - a) acentuado comprometimento da capacidade laborativa;
 - b) tendências destrutivas, contra si ou contra outrem, em nível consciente ou não; e
 - c) que envolva técnicas ou dificuldades fora do comum.
 - 2.4 No Sistema de Livre Escolha, o reembolso, a partir da 111ª sessão, obedecerá o seguinte escalonamento:
 - a) da 111ª à 200ª sessão: 80% do percentual de reembolso do beneficiário titular;
 - b) da 201ª à 250ª sessão: 60% do percentual de reembolso do beneficiário titular; e
 - c) da 251ª à 300ª sessão: 50% do percentual de reembolso do beneficiário titular.



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

- 2.5 No Sistema de Escolha Dirigida, a partir da 111ª sessão, os percentuais de escalonamento, mencionados no item anterior, serão aplicados sobre o total das despesas, devendo o beneficiário titular reembolsar ao FAMS a diferença.
- 2.6 O escalonamento mencionado no item 2.5 não será aplicado às despesas realizadas para os dependentes menores de 18 anos.
- 2.7 As limitações estabelecidas para o tratamento psicoterápico não se estendem aos casos psiquiátricos graves, entretanto será necessária a autorização prévia da FAPES, com validade máxima de um ano, podendo ser renovada, devendo o tratamento ser feito exclusivamente com médico psiquiatra.

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. Com Assistência Domiciliar - referente ao artigo 19

1. Médica

- 1.1 O reembolso das despesas com assistência médica domiciliar, complementar ou não à assistência hospitalar, está limitado, quanto aos honorários médicos, no máximo, a duas consultas semanais, e, quanto ao aluguel de equipamentos e material hospitalar, ao preço médio de mercado.
- 1.2 O custeio da assistência médica domiciliar está limitado aos casos em que for comprovada a impossibilidade do paciente receber assistência ambulatorial ou quando verificado, pela FAPES, que substitui com vantagens a assistência hospitalar.

2. Enfermagem

- 2.1 O reembolso das despesas com assistência de enfermagem domiciliar, respeitado o percentual que o beneficiário titular faz jus, não excederá o valor acordado entre a FAPES e as entidades credenciadas para um plantão máximo de 24 horas ou fração mínima de 6 horas, quando verificada, através de perícia médica domiciliar, a necessidade de assistência que só pode ser prestada por profissional de enfermagem (como, por exemplo, aplicação de medicamentos injetáveis, aspirações, tomada de sinais vitais, limpeza e troca de sonda, limpeza de cânulas e curativos especiais).
- 2.2 O custeio da assistência de enfermagem domiciliar, em nenhuma hipótese, será concedido durante a hospitalização do paciente.

NBSP.
Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU



Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

D. Com Assistência Odontológica em regime hospitalar

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

E. Habilitação aos benefícios do RAS – referente aos artigos 5º, 9º, 10-caput e 34

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. A autorização está limitada a 60 (sessenta) sessões anuais, consecutivas ou não, a partir de 1º de outubro, incluindo, também, no referido limite, as sessões de acupuntura para fins analgésicos e anestésicos, exceto nos casos em que ficar constatado haver grave impotência funcional passível de recuperação ou nos casos

em que o tratamento fisioterápico é indispensável para evitar complicações das funções vitais, doenças ocupacionais (LER e DORT), acidentes de trabalho e casos de continuidade da assistência já prestada durante internação hospitalar quando específica para o diagnóstico que a motivou.

2. Para que a autorização seja dada é indispensável que o beneficiário titular a solicite apresentando a justificativa médica, plano de tratamento e resultado de exames que comprovem sua necessidade.
3. No caso de paciente internado, é dispensada a autorização prévia e as sessões não serão computadas no limite estabelecido. A entidade hospitalar, porém, encaminhará relatório médico comprovando a necessidade do tratamento anexo à conta hospitalar.
4. A Reeducação Postural Global - RPG, como método terapêutico/educativo, está limitada a 30 (trinta) sessões anuais, computadas no limite estabelecido para as sessões de tratamento fisioterápico.

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.

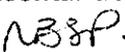
E. Pequenas Cirurgias Dermatológicas

1. As despesas com pequenas cirurgias dermatológicas só serão reembolsadas quando caracterizadas como de indicação eletiva.
2. Para que a autorização seja dada, é indispensável que o beneficiário titular a solicite apresentando a justificativa médica 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.

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


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU

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 consultas, raspagem supra gengival e polimento coronário, aplicação de flúor e controle de placa, bem como os atendimentos de emergência. O tratamento pelo Sistema de Livre Escolha não necessita de autorização prévia da FAPES, excetuando-se os procedimentos de implantodontia.
 - 1.1 Em ambos os Sistemas, a realização de procedimento de raspagem supra gengival e polimento coronário em intervalo inferior a seis meses está sujeita à prévia autorização da FAPES a ser expedida mediante a análise de relatório do odontólogo, apresentado pelo beneficiário titular, contendo a solicitação e justificativa para alteração do prazo intervalar.
 - 1.2 Considera-se como atendimento de emergência, para fins de dispensa de autorização prévia no Sistema de Escolha Dirigida, os procedimentos de: odontalgia - pulpite, alveolite, abscesso, fratura, ferida contusa, hemorragia e traumatismo dentário.
 - 1.3 Os procedimentos de implantodontia deverão ser submetidos às auditorias nas fases: cirúrgica, cicatrizadora e protética, em ambos os Sistemas.
2. Somente serão custeados pelo FAMS os procedimentos de:
 - 2.1 Selamento de cicatrículas e fissuras em dentes hígidos, sem obturações nas faces discriminadas para beneficiários titulares e dependentes com idade entre 6 (seis) e 21 (vinte e um) anos, inclusive.
 - 2.2 Aplicação de cariostático em prazos intervalares superiores a seis meses, para pacientes com idade entre 5 (cinco) e 18 (dezoito) anos, inclusive.
 - 2.3 Remineralização de esmalte para pacientes com idade superior a 4 (quatro) anos.
 - 2.4 Terapia regenerativa para pacientes com idade superior a 18 (dezoito) anos.
 - 2.5 Clareamento em elementos dentários anteriores com comprovado estado de desvitalização.
 - 2.6 Terapia medicamentosa com hidróxido de cálcio em dentes com lesão periapical extensa e nos casos de traumatismo dentário.
 - 2.7 Prótese dentária em prazos intervalares superiores a 24 meses.
 - 2.8 Novas próteses dentárias, para substituição daquela cuja perda ou inutilização não foi de responsabilidade do beneficiário titular ou dependente.



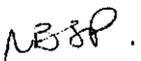
Anexo à Resolução 1483/2007 - BNDES

2.9 Novo implante para o mesmo elemento em prazos intervalares superiores a 5 anos.

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.


Nelson Sérgio G. Pinheiro
Advogado


Nadja Brunner de S. Pinheiro
Chefe de Departamento
AA/DERHU