



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01

*Institui normas regulamentadoras do Benefício
FASAÚDE oferecido pela Fundação Pró-Tocantins.*

O **Conselho de Curadores da Fundação Pró-Tocantins**, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 18, inciso VIII, do Estatuto da Fundação Pró-Tocantins, resolve aprovar a seguinte Instrução Normativa:

TÍTULO I

CAPÍTULO I DO OBJETO E FINALIDADES

Art. 1º - A Instrução Normativa tem por objeto estabelecer os critérios e normas da prestação de assistência médico-hospitalar oferecida pela Fundação Pró-Tocantins através do Benefício FA-Saúde.

Art. 2º - A Fundação Pró-Tocantins conforme preceitua o artigo 3º do Estatuto, prestará de maneira facultativa, através do Benefício FA-SAÚDE, assistência médico-hospitalar de natureza clínica e cirúrgica, por intermédio dos profissionais, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, credenciados por operadora de planos privados de assistência à saúde a ser contratada para tal finalidade e que tenha abrangência nacional ou credenciados diretamente com a Fundação PróTocantins/FA-Saúde.

TÍTULO II DA ABRANGÊNCIA E OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 3º- Os beneficiários do FA-SAÚDE são aqueles que forem autorizadas as inclusões no Plano de Saúde pela Diretoria Executiva da Fundação e pelo Supervisor do FA-SAÚDE na forma desta Instrução Normativa:

§1º BENEFICIÁRIO TÍTULAR DO FA-SAÚDE:

- I - Policiais e Bombeiros Militares ativos e inativos remunerados em folha de pagamento do Governo do Estado do Tocantins e pelo Órgão de Previdência do Estado do Tocantins (IGEPREV).
- II - Revogado (alterado na Reunião do Conselho Curador do dia 27.09.2017).
- III - Servidores Cíveis que se encontram na condição de contribuinte do Fundo de Assistência dos Militares-FAM e usuário do FA-SAÚDE até a publicação da Portaria 008/2013 FAM/FA-SAÚDE.

§2º BENEFICIÁRIO DEPENDENTE:



I - Cônjuge ou companheira (o), desde que apresentado certidão de casamento e/ou Escritura Pública de União Estável.

II - Os filhos até 18 (dezoito) anos, desde que não seja dependente principal e/ou titular.

III - Filhos maiores de 18 (dezoito) anos e menor de 24 (vinte e quatro) anos, já inclusos no plano, desde que comprovado, semestralmente, ser estudante do nível superior.

IV - Filhos, inválidos ou que tenha deficiência intelectual ou mental que o torne absoluta ou relativamente incapaz, assim declarado judicialmente.

§3º BENEFICIÁRIO DEPENDENTE AGREGADO:

I - Filhos maiores de 18 (dezoito) anos, desde que já se encontram na condição de beneficiário dependente do FA-SAÚDE, não admitindo outras inclusões no plano na condição de agregado.

II - Todos aqueles considerados agregados que já estão devidamente incluídos no Plano FASAÚDE até a data da entrada em vigor da Portaria 008/2013 FAM/FA SAÚDE.

III - Os menores de 18 (dezoito) anos que estejam sob a guarda judicial, seja provisória ou definitiva, do Beneficiário Titular.

§ 4º Para os filhos menores que passarem a receber pensão por morte do militar, a sua permanência no FA-SAÚDE perdurará enquanto o mesmo receber a Pensão de Beneficiário Ativo do IGEPREV, ou seja, até os 21 (vinte e um) anos de idade.

§ 5º As condições previstas no inciso IV do § 2º deste artigo deverão ser comprovadas junto ao FA-SAÚDE, mediante apresentação de decisão judicial definitiva.

SEÇÃO I DA INCLUSÃO

Art. 4º - Para inclusão dos dependentes constantes nos itens do artigo anterior, fica obrigatório a comprovação do vínculo com o titular do plano.

Art. 5º - A opção para ingresso como Beneficiário Titular do FA-SAÚDE é condicionada à aceitação dos termos desta Instrução Normativa, bem como, é da exclusiva responsabilidade do Titular a inscrição dos seus dependentes, agregados nos termos do art. 3º, §§ 2º e 3º, caso haja.

Parágrafo Único – Para inscrição no FA-SAÚDE cabe ao interessado fornecer 02 (duas) cópias autenticadas dos documentos relacionados no Anexo I.

Art. 6º - A inscrição implica em autorização automática dos descontos da contribuição do art. 156, 2º da Lei 2578/2012, mensalidades, coparticipação, à emissão de cartões magnéticos e outras despesas descritas neste regulamento.

Parágrafo Único - Para os casos de atendimento de urgência e emergência, caso o titular e/ou seus dependentes não tenham cumprido a carência mínima, o titular não poderá pedir exclusão do plano até que sejam quitadas todas as despesas decorrentes do atendimento.

Art. 7º - Quando os Militares do Estado do Tocantins e/ou servidores civis



contribuintes do FAM forem cônjuges ou companheiros, considerar-se-á dependente o de menor remuneração.

Art. 8º - Ocorrendo o falecimento do titular, seus dependentes/agregados, já inscritos, terão direito ao atendimento Médico-Hospitalar pelo prazo de 30 (trinta) dias, sendo-lhes, também, assegurado o direito de manterem suas condições de beneficiários do FA-SAÚDE, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam até a data do óbito do titular, desde que assumam o pagamento integral do plano de saúde de acordo com as respectivas Tabelas do Anexo IV, desta Instrução Normativa, e permaneçam como contribuintes do Fundo de Assistência dos Militares-FAM. (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 27/09/2017).

§ 1º Para consolidar a permanência no FA-SAÚDE, o (a) pensionista deverá manifestar perante a Fundação Pró-Tocantins, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, pela continuidade da adesão ao contrato do plano de saúde, sob pena de suspensão dos serviços prestados até que se proceda à regularização do cadastro. (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 27/09/2017).

§ 2º Não se manifestando o (a) pensionista no prazo previsto no parágrafo anterior, implicará no desligamento do plano FA-SAÚDE, obrigando-se ao pagamento de todas as despesas do titular e do grupo familiar, referentes à mensalidade ou coparticipação do plano de saúde. (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 27/09/2017).

§ 3º No momento da manifestação pela continuidade da adesão ao FA-SAÚDE, a (o) pensionista terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para regularizar os descontos em folha ou efetuar os pagamentos via boletos bancários ou outro meio de pagamento oferecido pela Fundação, ficando a cargo da Supervisão do FA-SAÚDE suspender ou excluir o beneficiário. (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 27/09/2017).

§ 3º-A O (A) pensionista que já se encontra na substituição do titular passará a pagar a mensalidade conforme faixa etária inserida no Anexo IV. (inserido em reunião do Conselho Curador do dia 26.04.2017).

§ 4º Quando do falecimento do titular militar, as despesas geradas pela utilização do plano, independente da permanência ou desligamento de seus dependentes/agregados, serão debitadas no Pecúlio Militar e, mesmo assim, não sendo suficiente para saldar toda a dívida, o valor restante será descontado em folha de pagamento do (a) pensionista, conforme autorização expressa deixada no ato da adesão pelo Titular.

§ 5º No caso de falecimento do beneficiário Titular Civil e o (a) Pensionista, as despesas em aberto no plano de saúde, deverão ser quitadas respeitando a ordem de vocação hereditária sobre o quinhão hereditário nos termos do Código Civil Brasileiro. (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 27/09/2017).



SEÇÃO II

DO CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO

Art. 9º - O titular que não efetuar pagamento definitivamente através da folha de pagamento do Estado do Tocantins ou IGEPREV, será automaticamente excluído do FA-SAÚDE, sem direito a qualquer indenização e as despesas geradas anteriormente pela utilização do Plano de Saúde deverão ser, exceto os casos anteriores à Portaria 008/2013 e previstos no art.12.

Art. 10 - O FA-SAÚDE se reserva ao direito de, em qualquer época, rever as informações relativas às inclusões de dependentes e agregados, podendo excluir qualquer um que esteja em desacordo com esta Instrução Normativa, sem direito a qualquer indenização e mediante prévia notificação.

Art. 11- O titular poderá a qualquer momento solicitar a exclusão do FA-SAÚDE e/ou de seus dependentes e agregados, respeitando o artigo 6º, parágrafo único desta normativa. Sendo que, ocorrendo o pagamento da mensalidade não gerará para o FA-SAÚDE nenhum tipo de obrigação de ressarcimento, observados os casos de despesas geradas pela utilização do plano, devendo o titular ou pensionista arcar com as referidas despesas, as quais serão descontadas em folha de pagamento e, nos casos em que os descontos em folha de pagamento não forem possíveis, o titular deverá se comprometer por escrito a realizar depósito ou transferência bancária para a conta corrente do FA-SAÚDE, sendo o débito quitado completamente em até 12 (doze) parcelas, salvo em casos excepcionais, que deverão ser levados a conhecimento do Conselho de Curadores da Fundação Pró-Tocantins. (inserido em reunião do Conselho Curador do dia 25/01/2017).

§ 1º A exclusão do titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes e agregados, se houver.

§ 2º O pedido de exclusão deverá ser expresso em formulário próprio fornecido pelo FA-SAÚDE, devendo o titular devolver no ato da exclusão todos os cartões magnéticos referentes aos beneficiários excluídos.

§ 3º Nos casos de exclusão, em qualquer hipótese, implicará a perda dos benefícios após 30 (trinta) dias do último recolhimento, observado os mecanismos de controle do FA-SAÚDE.

Art. 12 - O Militar Agregado ou colocado à disposição de outro órgão com ônus para o órgão requisitante, bem como, aquele que requerer licença para tratar de interesse particular, deve efetuar o pagamento da mensalidade e coparticipação por meio de boleto bancário ou outro meio oferecido pela Fundação, caso não efetuem o pagamento fica suspenso do atendimento do plano até que procurem o FA-SAÚDE para regularização dos valores que estiverem em aberto.

CAPÍTULO II

DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO E DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

SEÇÃO I DO ATENDIMENTO

Art. 13 - O atendimento dos serviços médico-hospitalares ofertados será realizado onde houver credenciamento ou cooperado pela empresa prestadora de serviço em todo território nacional e/ou credenciados diretamente com a Fundação Pró-Tocantins.



Art. 14 - Os serviços prestados onde a operadora contratada possuir rede conveniada será coberto normalmente pelo FA-SAÚDE, pelos valores fixados na Tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira, vigente e/ou outra que vier a substituí-la (para consultas e outros procedimentos médicos), no Guia Farmacêutico - BRASINDICE (para medicamentos) e na TABELA DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS DOS ESTADOS DE GOIÁS E TOCANTINS – FBHEGT, para taxas e despesas hospitalares.

Art. 15 - Para a utilização da assistência médico-hospitalar prestada pelo FA-SAÚDE o beneficiário dirigir-se-á diretamente aos profissionais e instituições de saúde, credenciados, cooperados, conveniados ou contratados pela Operadora, não efetuando nenhum pagamento no ato da prestação dos serviços, os quais serão pagos pelo FA-SAÚDE, devendo para tanto apresentar o cartão de identificação individual.

Parágrafo Único. Em caso de inexistência ou indisponibilidade de prestador na rede conveniada/credenciada, o beneficiário deverá entrar em contato com a operadora de saúde-UNIMED, para a garantia do atendimento. (Incluído na Reunião do Conselho Curador 27/02/2019).

Art. 16 - Os benefícios aos quais se refere este contrato abrangem o atendimento em custo operacional para as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 17 - Entende-se por CUSTO OPERACIONAL a prestação de serviços mediante pagamento pelo FA-SAÚDE, tendo por referência as tabelas de serviços e honorários médicos utilizados pela operadora, acrescidas de taxas de administração de acordo com cada contrato firmado com as operadoras de serviços de saúde.

Art. 18 - O FA-SAÚDE fornecerá aos beneficiários cartões magnéticos de identificação individual confeccionado pelas operadoras, nos quais constará prazo de validade e cuja apresentação deverá ser acompanhada de identidade oficial, é indispensável para qualquer atendimento.

§ 1º Ocorrendo a perda ou extravio da carteira de identificação individual, o Beneficiário Titular deverá comunicar imediatamente ao FA-SAÚDE através de formulário próprio.

§ 2º Quando da solicitação de 2ª via de cartão o beneficiário pagará uma taxa prevista pela operadora que será descontada em folha.

Art. 19 - O beneficiário em qualquer circunstância é o responsável exclusivo pela realização das despesas, cabendo-lhe a conferência da exatidão das faturas quanto à natureza e quantidade dos serviços utilizados, obrigando-se a utilizar os formulários adotados pela operadora, a conferir seu preenchimento pelos prestadores de serviço, assiná-los e datá-los.

Art. 20 - O uso indevido do cartão magnético, em qualquer hipótese, sujeitará o titular



ao pagamento integral por quaisquer ônus causados ao FA-SAÚDE, sem prejuízo das penalidades previstas em lei, exceto se o titular informar em tempo hábil.

Art. 21 - Para os procedimentos ou eventos que não sejam a consulta médica será sempre exigida à solicitação com a indicação clínica do exame, emitida e assinada pelo médico cooperado assistente que realizou a consulta e/ou se responsabiliza pelo procedimento a executar. Estas solicitações serão todas em formulários próprios da operadora, autorizadas pelo FA-SAÚDE.

Parágrafo Único - Os médicos do Serviço de Saúde da Polícia Militar e Bombeiro Militar do Estado do Tocantins, que forem cooperados da operadora de serviço poderão emitir em formulários próprios os procedimentos médicos hospitalares, autorizados pelo FA-SAÚDE.

Art. 22 - Nos casos de urgência e emergência a internação será feita diretamente, devendo o beneficiário providenciar a autorização de internação nas 48 (quarenta e oito) horas úteis subsequentes de sua internação.

Art. 23 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à operadora a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

Art. 24 - O FA-SAÚDE não se responsabilizará por qualquer acordo ou pagamento ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades conveniadas/contratadas, ou não, por ela. Tal despesa corre por conta exclusiva dos beneficiários.

Art. 25 - Em casos de internação em que não haja disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação superior disponível no momento, independentemente do tipo daquela contratada, retomando à de seu direito logo que fique disponível.

Parágrafo Único - O FA-SAÚDE comunicará às operadoras conveniadas os desligamentos ocorridos mensalmente, ao mesmo tempo, em que recolherá as carteiras dos beneficiários e seus dependentes.

Art. 26 - A utilização de serviços auxiliares se fará exclusivamente mediante solicitação médica autorizada pelo FA-SAÚDE.

Art. 27 - A auditoria do FA-Saúde terá o prazo de 03 (três) a 05 (cinco) dias úteis para análise e autorização de procedimento, e até 10 (dez) dias úteis para cotação de OPME nos casos de cotação de materiais solicitado pelo usuário. (RN nº 395/2016 ANS). (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 26.04.2017).

SEÇÃO II DO REEMBOLSO

Art. 28 - Na hipótese da indisponibilidade de prestador na rede credenciada/conveniada que ofereça o serviço ou o procedimento demandado, e o beneficiário seja obrigado a pagar os custos pelo atendimento, o plano deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação. (RN Nº 268/2011-ANS) (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 27.02.2019).



§1º Será descontado posteriormente, o valor referente à coparticipação do serviço ou procedimento realizado, de acordo com os limites desta Instrução. (RN N° 268/2011-ANS) (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 27.02.2019)

§2º Para a solicitação do reembolso, o beneficiário deverá preencher formulário próprio (www.fundacaoprotocantins.org) e apresentar as seguintes documentações:

I. Relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta;

II. Conta hospitalar discriminados quantidade e tipo de materiais e medicamentos utilizados, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais e/ou recibos (originais) do hospital e cópia do prontuário médico;

III. Recibos (ORIGINAIS) individualizados (obrigatoriamente identificado de forma legível o carimbo do médico assistente, contendo nome e carimbo) de honorários do médico assistente, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

IV. Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e tratamentos, serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

§ 3º Os beneficiários poderão solicitar reembolso das despesas em até 12 (doze) meses após a finalização do atendimento.

§ 4º Após o processamento do procedimento para reembolso, o crédito do valor apurado será realizado na conta bancária do titular, em prazo definido no parágrafo anterior. Em caso de óbito do titular, o reembolso será concedido ao representante do espólio ou conforme determinação judicial, mediante alvará judicial.

Art. 29 - Não haverá reembolso de mensalidades recebidas pelo FA-SAÚDE no período em que o dependente não apresentar a comprovação constante do inciso III, § 2º, do artigo 3º, desta Instrução Normativa.

Art. 30 - Não há restituição de contribuição, excetuada a hipótese de recolhimento indevido, caso em que a contribuição será restituída no mesmo valor cobrado, através de depósito bancário na conta do titular do plano.

Art. 31 - Em hipótese alguma será permitida a antecipação de contribuição de mensalidade para fins de percepção dos benefícios previstos nessa Instrução Normativa.

SEÇÃO III DAS COBERTURAS

Art. 32 - Aos beneficiários serão asseguradas as coberturas constantes do Anexo II.



Art. 33 - Os valores quando da apresentação das faturas pela operadora, com base na Tabela CBHPM (TUSS), serão garantidos integralmente pelo FA-SAÚDE, cabendo ao titular entrar com a coparticipação, conforme estabelecido no Anexo VI.

Art. 34 - As consultas realizadas pelo mesmo profissional dentro do período de 15 (quinze) dias decorridos da consulta inicial serão consideradas como de RETORNO MÉDICO, ou seja, sem custo para o beneficiário e o FA-SAÚDE, não sendo, portanto, computadas como consultas, excetuando as emergências.

Parágrafo Único - Não haverá limite na utilização de procedimentos por beneficiário, ressaltando que as autorizações de procedimentos serão de acordo com normas da ANS, padronizadas pela operadora contratada.

Art. 35 - Os exames qualificados como especiais somente serão realizados mediante prévia autorização do FA-SAÚDE, baseado em exames anteriores, após análise do referido pedido assinado pelo médico solicitante, com a devida justificativa.

Parágrafo Único – Os procedimentos realizados em hospital de alto custo sem cobertura contratual e/ou mediante cumprimento de decisão judicial, terá a cobrança do percentual em coparticipação de 50 % (cinquenta por cento).

SEÇÃO IV DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Art. 36 - Ficam excluídos da cobertura deste contrato, os serviços constantes do Anexo III.

Art. 37 - Para o pagamento dos casos de próteses, osteossíntese e, semelhantes de necessidade estritamente médica, deverá o hospital/médico pedir autorização anexando os preços do dia, para análise e aprovação do FA-SAÚDE, sendo que deverão ser produtos nacionais cadastrados e aprovados pela ANVISA.

Art. 38 - A assistência em Cirurgia Plástica Restauradora somente terá cobertura quando efetuada exclusivamente para restauração de lesões e funções em órgãos, membros e regiões decorrentes de patologia clínica, cirúrgica, ou acidentes comprovados, não tendo cobertura os atendimentos com a finalidade meramente estética ou embelezadora.

SEÇÃO V DAS REMOÇÕES

Art. 39 - As remoções oferecidas são terrestres ou aéreas conforme normativas previstas em contrato com as operadoras.

§ 1º Nos casos de remoção terrestre o beneficiário pagará 20% (vinte) por cento de coparticipação das despesas pagas pelo FA-SAÚDE conforme comprovação das despesas pela Operadora do plano de saúde; (alterado em reunião do Conselho Curador do dia 21.06.2017).



§ 2º Nos casos de remoções aéreas o beneficiário pagará somente a taxa já cobrada mensalmente.

Art. 40 - As remoções terrestres somente terão cobertura se forem satisfeitas, cumulativamente, as seguintes condições:

I- Seja comprovada pelo médico assistente a impossibilidade de locomoção do paciente beneficiário;

II- Seja realizada sempre no perímetro urbano em que se encontre o paciente beneficiário a não ser em casos excepcionais com a prévia autorização e a critério do FA-SAÚDE;

III- Nos casos de remoção sem a devida comprovação médica, o titular ou seu responsável que autorizar o deslocamento arcará com 100% do valor das despesas de locomoção, não obrigando o FA- SAÚDE a nenhum ônus pelo mencionado serviço.

SEÇÃO VI

DO TIPO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR E MENSALIDADES

Art. 41 – A acomodação do referido plano será ENFERMARIA, ou seja, acomodação coletiva, e valores descritos no Anexo IV.

§1º O grupo familiar inscrito na modalidade de plano especial terá a acomodação individual, apartamento, conforme valor descrito no Anexo IV. Sendo vedada novas inclusões. (alterado Reunião Ordinária do Conselho Curador do dia 28/02/ 2018).

§ 2º A migração para o PLANO BÁSICO também será possível, desde que, após a última alta hospitalar, o grupo familiar tenha permanecido por outros 12 (doze) meses contribuindo no PLANO ESPECIAL.

§ 3º Nas internações será cobrado do usuário em forma de coparticipação o percentual de 10% (dez por cento) sobre as despesas correspondentes.

Art. 42 - Os valores poderão ser corrigidos anualmente de acordo com os custos operacionais do FA-SAÚDE ou outros instrumentos adotados pelo mercado.

Art. 43 - As internações em acomodações superiores à contratada por opção do beneficiário implicam em custos pagos de todas as despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares exclusivamente por este ou responsável, diretamente ao hospital ou prestador do serviço, não implicando ao FA-SAÚDE qualquer responsabilidade de pagamento do acordo entre o contratante e prestador do serviço.

§ 1º Nos casos de parto, o titular do plano básico poderá optar pela utilização do serviço em apartamento, sendo as despesas pagas pelo plano, ressalvando que a diferença pelo referido atendimento será descontada do usuário de forma integral.

§ 2º A diferença de custos inclui valores de honorários médicos, de diárias e serviços,



não há diferença de material e medicamentos utilizados, desde que nacionais.

Art. 44 - Aos usuários menores de 12 (doze) e maiores de 60 (sessenta) anos, serão garantidos à cobertura para as despesas com acompanhante em casos de internação hospitalar.

§ 1º Para este contrato, as despesas do acompanhante mencionadas no artigo anterior, referem-se às refeições e à acomodação de permanência junto ao leito do interno.

§ 2º Esta cobertura não se estende quando da necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva dos acompanhantes mencionadas no artigo anterior;

SEÇÃO VII DOS PRAZOS E CARÊNCIAS

Art. 45 - Para os atendimentos de que trata esta Instrução Normativa, serão observados os prazos e carências constantes do Anexo V.

Parágrafo Único - Ao beneficiário que queira reingressar no FA-SAÚDE, as carências serão cumpridas integralmente.

Art. 46 - Inicia-se a contagem do prazo de carência a partir do mês da efetivação do pagamento da primeira mensalidade.

§ 1º É assegurada a inscrição do filho recém-nascido, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, bem como para os casos de adoção. Caso contrário, cumprirá a carência integral.

§ 2º O período de carência já cumprido pelo cônjuge titular será contemplado também para o (a) pensionista que se inscrever no FA-SAÚDE, desde que se manifeste expressamente dentro do prazo estabelecido no art. 8º desta Instrução Normativa.

Art. 47 - Na adesão ao plano, o beneficiário deve declarar em formulário próprio fornecido pelo FA-SAÚDE, se possui ou não doenças e/ou lesões pré-existentes, bem como, de seus respectivos dependentes, caso haja, a carência a ser cumprida será de 24 (vinte e quatro) meses da contratação do plano de saúde.

Parágrafo Único - As regras de que trata o “caput” deste artigo, reger-se-á de acordo com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde- ANS e operadora contratada.

SEÇÃO VIII DO CUSTEIO

Art. 48 - O custeio da assistência prestada aos beneficiários do FA-SAÚDE nos termos desta Instrução Normativa, será efetuado pelas mensalidades, conforme os critérios e valores constantes do Anexo IV e as coparticipações estabelecidas no Anexo VII, arrecadadas pela Polícia e Bombeiros Militares do Estado do Tocantins, mediante desconto em folha de pagamento a crédito do FAM/FA-SAÚDE.



§ 1º Quando os valores arrecadados pelo FA-SAÚDE não possuir um volume financeiro suficiente para cobrir as eventuais despesas financeiras, estas serão cobertas pelos beneficiários titulares na modalidade da CHAMADA-PÓS-EVENTO, onde o titular contribuirá para a normalização do caixa do FA-SAÚDE, através de pequenos descontos, quantos forem necessários para cobrir as insuficiências financeiras, através de descontos em folha de pagamento nos termos da norma vigente;

§ 2º As fontes de custeio do FA-SAÚDE serão objeto de estudos anuais e, sua implementação de imediato, conforme previsto nesta Instrução Normativa.

Art. 49 - O beneficiário que por qualquer motivo não tiver efetivado o desconto da mensalidade e/ou coparticipação do FA-SAÚDE no pagamento do mês corrente, deve efetuar o recolhimento da referida despesa, em rede bancária autorizada, através de boleto bancário ou outros meios oferecidos pelo FA-SAÚDE.

Art. 50 - Os valores excedidos ao limite máximo da tabela em coparticipação (anexo VII) serão cobrados em até 36 (trinta e seis) parcelas, com valores corrigidos de acordo com a utilização do plano pelo beneficiário. O parcelamento dos valores excedidos será cobrado conforme a Política de Cobrança da Fundação Pró-Tocantins.

§ 1º O não pagamento implicará na suspensão dos benefícios até que seja regularizada a situação que deverá ser de no máximo 30 (trinta) dias após a notificação. Decorridos 60 (sessenta) dias consecutivos da notificação, o beneficiário e seus dependentes serão excluídos automaticamente do plano, estando no caso de reingresso sujeito a novos prazos de carências.

Art. 51 - A utilização de consultas e exames será garantida pelo FA-SAÚDE, o qual se responsabilizará pelo respectivo pagamento perante a operadora conveniada e descontará na folha de pagamento do beneficiário o percentual relativo à coparticipação;

Art. 52 - Todas as despesas de coparticipação deverão ser quitadas conforme descrito no anexo VII.

TÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 53 - Fica instituído pelo Anexo VIII o meio de operacionalização interna do Benefício FA-SAÚDE, ao qual é supervisionado por um Supervisor de Benefício, preceituado no art. 16 do Regimento Interno da Fundação Pró – Tocantins.

Art. 54 - O benefício FA-Saúde deverá repassar a Fundação Pró-Tocantins o valor referente a 1% (um por cento) do quantitativo arrecadado mensalmente pelo plano de saúde, a título de taxa de administração. (Incluído na Reunião do Conselho Curador 27.02.2019)

Art. 55- A Instrução Normativa será passível de alteração sempre que fizer necessária,



mediante proposta encaminhada a Diretoria Executiva, e aprovada pelo Conselho Curador, conforme art. 28, inciso VII, c/c com art. 18, inciso VIII do Estatuto.

Art. 56- As dúvidas e os casos omissos que surgirem no decorrer da aplicação dessa Instrução Normativa será resolvido pela Diretoria Executiva com a colaboração do Assessor Jurídico, *ad referendum*, do Conselho Curador.

Art. 57- A presente Instrução Normativa entrará em vigor após ser aprovada pelo Conselho Curador, devendo ser publicada em site oficial da instituição e no Boletim Geral da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Tocantins.

Palmas - TO, 27 de fevereiro de 2019.

Cel QOPM **Henrique** de Souza Lima Júnior
Presidente do Conselho Curador

Ten Cel BM Carlos Eduardo de Souza **Farias**
Conselheiro Curador

Cel PM Joiadson Torres de **Albuquerque**
Conselheiro Curador

Cel R/R Luiz Cláudio Gonçalves **Benício**
Conselheiro Curador

Cel PM **Devarte** Rocha
Conselheiro Curador



Cel QOPM Marizon Mendes **Marques**
Conselheiro Curador

Ten Cel **Wesley** Borges Costa
Conselheiro Curador

Ten Cel BM **Luciano** Nakano Junqueira
Conselheiro Curador

1º Ten BM Jarbas Borges da Silva Gomes
Suplente Conselheiro Curador

Maj PM **Melissa** Barreira Vasconcelos
Conselheira Curadora

Sgt PM **Raimundim** Sousa do Nascimento
Conselheiro Curador

ANEXO I



DA DOCUMENTAÇÃO

1. Titular: Carteira de Identidade, CPF, contracheque, comprovante de residência, cartão do Sistema Único de Saúde-SUS e autorização de desconto no Pecúlio Militar e na pensão, nos casos de débitos junto ao FA-SAÚDE, após o falecimento do titular militar.

2. Dependentes:

a – Cônjuge ou companheiro(a): apresentação da Certidão de Casamento e na falta Escritura Pública de União Estável e comprovante de residência e cartão do Sistema Único de Saúde-SUS, Carteira de Identidade e CPF.

(inserido em reunião do Conselho Curador do dia 26.04.2017)

b – Filhos, inclusive adotivos: CPF, RG ou certidão de nascimento, documento de Adoção e cartão do Sistema Único de Saúde-SUS.

c – Filhos inválidos: RG ou certidão de nascimento, cópia decisão judicial e cartão do Sistema Único de Saúde-SUS.

d – Menor sob guarda ou tutela judicial do titular: certidão de nascimento, sentença de guarda ainda que provisória ou tutela e cartão do Sistema Único de Saúde-SUS.

Obs.: No ato da inscrição, fornecer 02 (duas) cópias autenticadas dos documentos pessoais acima citados, podendo ser na própria unidade da Polícia Militar- TO.



DAS COBERTURAS

1 - As coberturas serão de acordo com o rol de procedimentos da ANS.

2 - Nos casos de laqueadura tubária e Vasectomia (Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996).

2.1 - A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da laqueadura tubária e vasectomia tem **cobertura obrigatória em casos de:** a) Homens e mulheres com capacidade civil plena;

b) Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;

c) Observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

d) Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;

e) Apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;

f) Em caso de casais, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento expresso de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;

2.2 - É vedada a realização de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:

a) A esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;

b) A esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;

c) Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estado emocional alterado ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

3. - Os procedimentos não inclusos no rol de procedimentos da ANS terão coberturas a partir da celebração de convênios, contratos. Acordos, termos, parcerias e ajustes entre a Fundação PróTocantins/FA-Saúde e pessoas jurídicas de direito público ou privado, nacionais ou estrangeiras, bem como com pessoas físicas, desde que estejam relacionados à melhoria das condições de saúde, bem estar e qualidade de vida dos beneficiários e seus dependentes.(inserido conforme Reunião do Conselho do dia 30.09.2015)

ANEXO III



DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

1. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
2. Consultas domiciliares;
3. Fornecimento de materiais e/ou medicamentos importados não nacionalizados; material importado com registro na ANVISA, não havendo nacional;
4. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto aqueles regulamentados pela Agência Nacional de Saúde e/ou autorizados pela Fundação Pró-Tocantins.
5. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
6. Inseminação artificial;
7. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
8. Implantes;
9. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
10. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
11. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
12. Despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados da UNIMED ou entidades não credenciadas por esta, salvo quando da ocorrência de atendimentos de urgência ou emergência;
13. Serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;
14. Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
15. Investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar, produzir ou reverter à esterilidade masculina ou feminina, bem como, técnicas de fecundação, inseminação assistida check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, alérgicos, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
16. Exames-médicos p/ piscina, ginástica e outros que não sejam por cuidados com a saúde.
17. Aparelhos estéticos e/ ou destinados à substituição ou complementação de função, óculos, lentes, aparelhos de surdez e ortopédicos, inclusive prótese de qualquer natureza, exceto: material de osteossíntese cujo custo exceda de 3000 CH's, cuja aquisição será feita diretamente pelo FA-SAÚDE;
18. Enfermagem em caráter particular seja em hospital ou residências, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais ou extraordinários;
19. Tratamento estético clínico ou cirúrgico (dermatológico, endocrinológico,) duchas, massagens, saunas e outras atividades com finalidades estéticas;
20. Medicamentos e vacinas em regime de assistência ambulatorial, exceto as aplicadas durante a internação hospitalar;
21. Tratamento em estância hidromineral, de repouso, de recuperação física, mental ou de geriatria;
22. Tratamento esclerosante de varizes;
23. Check-up e exames complementares sem a indicação clínica;



- 24.** Anestesiologia em procedimentos ambulatoriais, exceto mediante autorização prévia do FA-SAÚDE, justificando-se;
- 25.** Assistência odontológica;
- 26.** Quaisquer procedimentos que não estejam amparados por Lei e/ou pelo Código de ética Médica;
- 27.** Medicamentos e procedimentos que estejam regulamentados pela ANS e ANVISA desde que sejam autorizados ou credenciados pela Fundação Pró-Tocantins/FA-Saúde.

ANEXO IV
TABELA DE MENSALIDADE DO PLANO BÁSICO

Faixa	Titular	Dep. Direto	Agregado
0-18	R\$ 235,31	R\$ 209,79	R\$ 310,63
19-23	R\$ 242,81	R\$ 216,40	R\$ 365,89
24-28	R\$ 252,55	R\$ 224,97	R\$ 437,22
29-33	R\$ 262,27	R\$ 233,54	R\$ 508,61
34-38	R\$ 315,07	R\$ 280,06	R\$ 612,64
39-43	R\$ 367,87	R\$ 326,44	R\$ 716,65
44-48	R\$ 498,72	R\$ 441,76	R\$ 957,09
49-53	R\$ 629,54	R\$ 556,97	R\$ 1.197,54
54-58	R\$ 657,16	R\$ 581,31	R\$ 1.248,31
59-120	R\$ 772,33	R\$ 682,72	R\$ 1.374,58

TAXA DE UTI AÉREA E TAXA DE SINISTRO - INCLUSAS NA MENSALIDADE

TAXA DE ADESÃO: DE ACORDO DESCRITO EM CONTRATO COM CADA OPERADORA.

PLANO ESPECIAL

Para os ainda pertencentes ao PLANO ESPECIAL, além dos valores em que se enquadrar nas tabelas acima, acrescentará a mensalidade R\$ 342,08, por pessoa sendo obrigatório que todos os membros da família permaneçam na mesma modalidade de plano.



ANEXO V

DOS PRAZOS E CARÊNCIAS

1. 24 (vinte e quatro) horas após o pagamento da primeira mensalidade para a cobertura AMBULATORIAL dos casos de Urgência/Emergência, conforme determina a Lei 9.656/98, incisos I e II do art. 35-D e para Acidente Pessoal;
2. 30 (trinta) dias para Consultas Médicas e exames simples;
3. 180 (Cento e oitenta) dias para internação hospitalar em clínicas não cirúrgicas e para exames de alta complexidade;
4. 300 (trezentos) dias para partos a termo e cesariana;
5. 24 (vinte e quatro) meses nos casos de doenças pré-existentes e procedimentos cirúrgicos eletivos.

*Alteração conforme Reunião Ordinária do Conselho de Curadores 28/09/2016.

Tabela de Porcentagem de Coparticipação e Carências por tipo de procedimento

COPARTICIPAÇÃO	PROCEDIMENTO	CARÊNCIA
Conforme o procedimento	❖ Situações de urgência/emergência	Atendimento imediato, a partir do desconto da 1ª mensalidade
50%	❖ Consultas médicas; ❖ Raios-X ❖ Exames realizados em regime ambulatorial; ❖ Análises clínicas (exames laboratoriais); ❖ Ultrassonografia; ❖ Laringoscopia diagnóstica; ❖ Consultas nas áreas de fisioterapia, psicologia, nutrição e fonoaudiologia.	30 (trinta) dias
40%	❖ Oxigenoterapia Hiperbárica	180 (cento e oitenta) dias
20%	❖ Quimioterapia ❖ Radioterapia	180 (cento e oitenta) dias

20%	❖ Exames de alta complexidade; ❖ Sessões de Fisioterapia, psicologia, nutrição e fonoaudiologia (limite preconizado pela ANS); ❖ Litotripsia por ondas de choque; ❖ Hemoterapia; ❖ Esofagogastroduodenoscopia diagnóstica; ❖ Citoscopia, colonoscopia, brancoscopia, retossigmoidiscopia; ❖ Provas de função pulmonar; ❖ Mapeamento de retina; ❖ Ecocardiograma bidimensional simples; ❖ Holter; ❖ Teste ergométrico ❖ Eletroneuromiografia; ❖ Densitometria óssea; ❖ Exames radiográficos contrastados; ❖ Coronariografia; ❖ Medicina nuclear (mapeamento, cintilografia, terapia); ❖ Fotocoagulação; ❖ Tomografia computadorizada; ❖ Testes ortópicos e alergológicos; ❖ Ressonância magnética; ❖ Diálise e hemodiálise; ❖ Internações hospitalares de portadores de doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; ❖ Hemodinâmica; ❖ Angiografia digital e angioplastias em geral; ❖ Exames ultrassonográficos com doppler;	180 (cento e oitenta) dias
	❖ Exames de ultrassonografia (morfológico fetal, próstata transretal com biópsia); ❖ Exames de anatomia patológica e biópsias; ❖ Demais procedimentos e exames não citados acima, desde que previstos no Rol de procedimentos da ANS vigente na data do atendimento.	
10%	❖ Parto a termo, inclusive cesariana e seus procedimentos.	300 (trezentos) dias



Conforme o procedimento	❖ Doenças/lesões pré-existentes; ❖ - Cirurgias ambulatoriais com anestesia local; ❖ Videolaparoscopia; ❖ Procedimentos clínicos cirúrgicos relacionados a transplantes (rim e córnea e suas consequências); ❖ Cirurgias eletivas com ou sem OPME	24 (vinte e quatro) meses
10%	❖ Internações clínicas; ❖ Internação pediátrica	180 (cento e oitenta) dias, exceto urgência e emergência.



Conforme o procedimento	❖ Doenças/lesões pré-existentes; ❖ Cirurgias ambulatoriais com anestesia local; ❖ Videolaparoscopia; ❖ Procedimentos clínicos cirúrgicos relacionados a transplantes (rim e córnea e suas consequências); ❖ Cirurgias eletivas com ou sem OPME	24 (vinte e quatro) meses
10%	❖ Internações clínicas; ❖ Internação pediátrica	180 (cento e oitenta) dias, exceto urgência e emergência.

ANEXO VII

TABELA DE PARCELAMENTO DE COPARTICIPAÇÃO

Patente	Valor
Coronel	R\$ 1.625,90
Tenente Coronel	R\$ 1.524,33
Major	R\$ 1.371,91
Capitão	R\$ 1.234,72
1º Tenente	R\$ 987,06
2º Tenente	R\$ 917,74
SubTenente	R\$ 756,77
1º Sargento	R\$ 645,36
2º Sargento	R\$ 580,59
3º Sargento	R\$ 514,22
Cabo	R\$ 497,10
Soldado	R\$ 402,25
Aspirante Oficial	R\$ 564,72
Cadete III	R\$ 379,16
Cadete II	R\$ 342,26
Cadete I	R\$ 303,13
Aluno Praça	R\$ 150,09
Civis	R\$ 514,22

Obs.: Alterada em maio de 2025 com o advento da data base de 4,17% no subsídio dos militares, concedido pelo Governo do Tocantins.



ANEXO VIII DA SUPERVISÃO E COORDENAÇÃO DO FUNCIONAMENTO INTERNO DO BENEFÍCIO FA-SAÚDE

1. Do Benefício FA-SAÚDE: O Benefício FA-SAÚDE é coordenado pela Diretoria Executiva da Fundação Pró – Tocantins, pois esta é um órgão de gestão, coordenação, superintendência e de execução das atividades oferecidas pela Fundação Pró – Tocantins, conforme preceitua o art. 25 do Estatuto.

1.1. A Diretoria Executiva coordenará o Benefício FA-SAÚDE com a colaboração do Gerente de Benefícios e do Supervisor do Benefício FA- SAÚDE conforme preceitua o art. 15 e 16 do Regimento Interno da Fundação Pró – Tocantins, auxiliados por auditores, auditoria médica e em enfermagem.

2. Da Supervisão do Benefício: Além das atribuições conferidas ao Supervisor do FA-SAÚDE, no art. 16 do Regimento Interno, compete a ele também:

- a) Fazer executar e cumprir as normas baixadas pelo Conselho de Curadores da Fundação;
- b) Realizar suas funções de forma diligente e honesta;
- c) Estruturar e organizar os setores de funcionamento do FA-SAÚDE;
- d) Orientar e acompanhar a execução das atividades técnicas e administrativas setoriais;
- e) Instituir Circulares visando à harmonia, manutenção da ordem e funcionamento regular com eficiência, conforme faculta o art. 16, parágrafo único do Regimento Interno.
- f) Convocar e presidir reuniões internas setoriais;
- g) Manter a Diretoria Executiva informada das ações setoriais;
- h) Apresentar relatório anual e trimestral de sua gestão à Presidência da Fundação;
- i) Propor ao Diretor Presidente da Fundação a contratação de assessoramento técnico para assuntos que julgar necessário;
- j) Analisar e emitir despachos nos requerimentos dos usuários;
- l) Desempenhar outras atribuições inerentes à função e/ou necessidade do serviço;
- m) Acompanhar juntamente com Assessoria Jurídica da Fundação o fiel cumprimento dos contratos firmados com os prestadores de serviços;

3. Dos Setores

3.1. **Setor Administrativo:** compete aos profissionais deste setor:

- a) Orientar, controlar e fiscalizar atividades técnicas e administrativas inerentes ao seu cargo;
- b) Fazer executar e cumprir as normas existentes na Fundação Pró – Tocantins;
- c) Coordenar e acompanhar o atendimento aos usuários e seus dependentes;
- d) Expedir notificações aos titulares;
- e) Fazer análise e triagem das solicitações de exames e procedimentos cirúrgicos;
- f) Manter o controle dos requerimentos dos usuários;
- g) Coordenar e avaliar o cadastro de titulares e dependentes, quando solicitado;
- h) Avaliar e realizar inscrições, inclusões, exclusões de usuários titulares e



dependentes;

- i) Controlar, organizar e conferir as mensalidades de todos os usuários, bem como efetuar lançamentos dos serviços na folha de pagamento da SECAD e IGEPREV, com observância de cronograma;
- j) Manter o Supervisor do FA-SAÚDE informado das ações realizadas;
- k) Acompanhar e executar os trabalhos nos Sistemas SICONSIG e VIABILLIZE;
- l) Controlar a emissão e entrega de cartões aos usuários.
- m) Emitir relatório mensal de suas atividades.

3.2. **Setor de Faturamento e Contas Médicas:** compete aos profissionais deste setor:

- a) Cumprir as normas existentes na Fundação/ FA-SAÚDE;
- b) Realizar conferência das faturas enviadas pelas prestadoras de serviços médicos – hospitalares, auxiliando os auditores nas auditorias de contas;
- c) Controlar todos os pagamentos de contas, ressarcimentos, devoluções e movimentações financeiras;
- d) Fazer conferência e análise de contas médicas, glosas, recursos de glosas e prestar suporte á auditoria;
- e) Analisar as contas hospitalares, através de conferência de materiais e medicamentos utilizados pelos pacientes;
- f) Apoiar o atendimento nas autorizações de procedimentos.
- g) Emitir relatório mensal de suas atividades.

3.3. **Setor de Controle Financeiro** e de lançamentos de mensalidades e coparticipação: compete aos profissionais deste setor:

- a) Cumprir as normas existentes na Fundação/FA-SAÚDE;
- b) Controlar, organizar e conferir mensalidades, coparticipações, parcelamentos e renegociações de todos os usuários, bem como efetuar lançamentos dos serviços na folha de pagamento da SECAD e IGEPREV, com observância do cronograma;
- c) Emitir e fornecer relatórios de gastos e pagamentos realizados pelos usuários, quando solicitado;
- d) Realizar e informar a Supervisão do FA-SAÚDE, através de relatórios mensais sobre as mensalidades, coparticipações parcelamentos e renegociações de todos os usuários.
- e) Realizar contato remoto com a empresa responsável pela operacionalização do sistema informatizado de gestão do FA-SAÚDE;
- f) Manter o bom funcionamento da ouvidoria através do site da Fundação.
- g) Emitir relatório trimestral de suas atividades.

3.4. **Setor de Atendimento:** compete aos profissionais deste setor

- a) Cumprir com as normas existentes na Fundação/FA-SAÚDE;



- b) Atender aos usuários e seus dependentes sempre visando à qualidade e eficiência no atendimento;
- c) Autorizar os procedimentos que não precise de avaliação dos auditores e da Supervisão do FA-SAÚDE;
- d) Controlar e manter atualizado os arquivos e documentos;
- e) Informar qualquer alteração no atendimento ao setor administrativo;
- f) Acionar os auditores quando necessário a análise dos pedidos de procedimentos de alto custo cirúrgico, cotação e materiais e exames;
- g) Dar retorno às solicitações dos usuários no que lhe compete;
- h) Orientar e fornecer aos usuários informações necessárias sobre os serviços na rede credenciada.
- i) Emitir relatório mensal de suas atividades.

4. Dos Auditores

4.1. Os auditores são profissionais especializados na área de saúde, sendo eles médico e enfermeiro, competem aos auditores:

- a) Prestar serviços de auditoria e pericial nos procedimentos médico-hospitalares realizados pelos usuários;
- b) Promover análise prévia de atos cirúrgicos, procedimentos e exames de alto custo e cotações de materiais cirúrgicos, quando solicitado;
- c) Solicitar aos profissionais de saúde e médicos por escrito qualquer esclarecimento, documentos e exames necessários para melhor avaliação do pedido;
- d) Emitir parecer à Supervisão do FA-SAÚDE, informando o motivo da negativa de qualquer solicitação;
- e) Auditar as faturas enviadas ao setor de faturamento pelos prestadores de serviços e emitir relatório mensal de glosas técnicas;
- f) Auxiliar a Supervisão do FA-SAÚDE, na elaboração, acompanhamento e fiscalização do fiel cumprimento dos contratos firmados com as prestadoras de serviços médicohospitalares;
- g) Emitir parecer sobre assuntos relacionados à sua prestação de serviço, quando solicitado pela Supervisão do FA-SAÚDE;
- h) Prestar os serviços de acordo com o contrato de prestação de serviço e normas inerentes a sua profissão.
- i) Emitir relatório mensal de suas atividades.