

Amafresp

ANS-N° 31763-2

REGULAMENTO

Atualizado em Agosto/2025

ÍNDICE

Guia de Leitura Contratual	3
CAPITULO I	5
Da Assistência à Saúde.....	5
Das Coberturas	5
Das Exclusões de Coberturas	7
CAPITULO II	15
Da filiação	15
CAPITULO III	25
Dos Convênios	25
CAPITULO IV	26
Da Utilização dos Serviços.....	26
CAPITULO V	29
Do Sistema de Cotas.....	29
CAPITULO VI	31
Do Movimento Financeiro	31
CAPITULO VII	34
Do Reembolso das Despesas	34
CAPITULO VIII	38
Das Disposições Transitórias.....	38
CAPITULO IX	38
Das Disposições Finais.....	38
ANEXOS	40



Operadora: Associação dos Auditores Fiscais da Receita Estadual de São Paulo
CNPJ: 62.635.990/0001-91
N.º de Registro na ANS: 31763-2
N.º de Registro do Produto: 409.829/99-3
Site: <http://www.amafresp.org.br>
Telefone: (11) 3886-8882

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	05
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	05
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	07
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupos de municípios ou municipal.	05
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	05
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	07
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	23

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	22
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	09
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	—
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	16/17
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	—
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	—

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Ministério
da Saúde



Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

CAPITULO I

Da Assistência à Saúde

ARTIGO 1º - A Associação dos Auditores Fiscais da Receita Estadual de São Paulo - AFRESP – registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S., sob nº 31763-2, prestará a seus associados inscritos na Administração do Serviço de Assistência à Saúde - AMAFRESP – assistência à saúde na forma de autogestão, sem finalidade lucrativa, sob o sistema mutualista, como plano coletivo por adesão, com cobertura assistencial em regime ambulatorial e internação hospitalar em todas as especialidades médicas, conforme Lei 9656/98, nas condições estabelecidas no presente Regulamento.

Das Coberturas

ARTIGO 2º - A Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP tem por objetivo assegurar a seus filiados ou sócios previdenciários e respectivos dependentes e agregados, assistência à saúde, junto aos estabelecimentos e profissionais credenciados à Administração do Serviço, no Estado de São Paulo e em outros Estados da Federação para atendimentos de urgência e/ou emergência, mediante convênio de reciprocidade com entidades congêneres, ou o reembolso de despesas, conforme produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S. sob nº 409.829.993, na forma do presente Regulamento e de conformidade com a Lei nº 9.656/98 de 03.06.98 e legislações complementares.

Parágrafo 1º – A cobertura assistencial tem como base o “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S.”, conforme especificado em Resoluções Normativas editadas pela Agência Reguladora.

Parágrafo 2º – Coberturas adicionais: Observando os demais dispositivos deste regulamento, especialmente aqueles referentes a franquias, coparticipações e regulação médica, também serão

cobertos os seguintes procedimentos adicionais ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S.:

- I. transplantes dos seguintes órgãos: fígado, pulmão, pâncreas-rim, pâncreas isolado e coração, inclusive as despesas com doador e posterior acompanhamento ambulatorial;
- II. instrumentador cirúrgico, um por ato cirúrgico, no valor máximo de até 10% dos honorários pagos pela AMAFRESP ao cirurgião credenciado pelo procedimento;
- III. vacinas para doenças infectocontagiosas, conforme Rol constante em Instrução Normativa da Diretoria da AMAFRESP e amplamente divulgada aos filiados da AMAFRESP, através de carta, do jornal e site da AFRESP;
- IV. vacina contra incompatibilidade materno-fetal de Rh similar à Matergan®;
- V. cirurgia refrativa para miopia em casos com grau igual ou superior a 3;
- VI. pilates para patologias de coluna vertebral ou que tenham reflexo na coluna vertebral, realizada por fisioterapeuta;
- VII. Reeducação Postural Global – RPG, para problemas de coluna vertebral ou que tenham reflexo na coluna vertebral, realizada por fisioterapeuta;
- VIII. hidroterapia para reabilitação física, decorrente de patologias cardiovasculares, neurológicas e osteomioarticulares, inclusive patologias de coluna vertebral ou que tenham reflexo em coluna vertebral, realizada por fisioterapeuta;
- IX. medicamentos de uso ambulatorial/domiciliar, conforme Rol constante em Instrução Normativa da Diretoria da Amafresp, fornecidos pela Afresp;
- X. atendimento de urgência/emergência em domicílio, onde houver serviço disponível contratado;
- XI. transporte via terrestre, dentro da abrangência geográfica do plano, para casos em que não haja possibilidade terapêutica no local, com indicação e justificativa dos médicos assistentes e da assessoria médica da Amafresp, obedecidas as normas legais;
- XII. Orientação médica digital ou telefônica, através dos serviços disponibilizados pela Amafresp;
- XIII. Serviço de Home Care e programas de atendimento domiciliar, acompanhamento, monitoramento e de prevenção estabelecidos em Instrução Normativa da Diretoria da Amafresp.
- XIV. A Diretoria da Amafresp poderá incluir a cobertura de outros novos eventos adicionais, não previstos no Rol da ANS ou nesse regulamento, por intermédio de Instrução Normativa específica dessa diretoria, desde que a Assessoria Técnica se manifeste favorável à inclusão, respeitando as seguintes premissas:
 - a. existência de estudos comprovando sua evidência científica quanto aos resultados esperados;

- b. que não haja nenhum outro procedimento/exame já coberto pelo plano, que possa substituir o evento a ser incorporado, com a mesma indicação e resultados semelhantes e
- c. que os estudos de custo/benefício sejam favoráveis e que não haja risco de aumento significativo dos custos.

Parágrafo 3º – Acomodações: Nas internações hospitalares, o paciente terá direito a acomodação em apartamento simples com banheiro privativo, acomodação para o acompanhante e ao uso de telefone para chamadas locais, inclusive alimentação para acompanhante de paciente menor de 18 (dezoito) anos de idade e idosos com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, e/ou pessoas portadores de necessidades especiais, bem como as despesas com paramentação, acomodação e alimentação relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós parto imediato por 48 horas, salvo contra indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente, conforme assegurado pela Lei 11.108 de 07/04/2005, ou outra que venha substituí-la.

Das Exclusões de Coberturas

ARTIGO 3º - Excluem-se da assistência prevista no artigo anterior:

- I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
 - a. empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b. são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO; ou
 - c. cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);
- II. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- III. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- IV. cosmetologia e epilação (implante de cabelos);

- V. esclerose de varizes;
- VI. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios fora do ato cirúrgico ou não implantáveis;
- VII. atendimento domiciliar, incluindo coleta de exames, exceto em casos de emergência e somente nas localidades onde exista serviço contratado especializado, ou nos casos em que seja atestada a sua necessidade e conveniência pela Assessoria Médica da AMAFRESP e aprovação pelo Diretor da Administração do Serviço, nos programas especiais instituídos pela Amafresp, nos casos de Home Care e nos atendimentos ou acompanhamentos previstos nos artigos 30 e 31 deste regulamento;
- VIII. condicionamento físico, massagem de relaxamento, pilates para problemas que não sejam de coluna vertebral e outras modalidades de atividade física ou esportiva, mesmo que indicadas pelo médico, exceto reabilitação funcional do paciente cardiopata e pulmonar crônico;
- IX. medicamento de uso ambulatorial/domiciliar, exceto para casos especiais ou ainda como benefício concedido no âmbito de programas de acompanhamento, monitoramento e prevenção, regidos por Instrução Normativa da Diretoria da AMAFRESP;
- X. tratamentos e serviços não constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde definidos pela legislação vigente, exceto os previstos neste Regulamento;
- XI. a diária do apartamento de retaguarda, quando o paciente for internado na Unidade de Tratamento Intensivo;
- XII. compra ou aluguel de equipamentos médico-hospitalares e oxigênio para uso domiciliar ou privado, exceto para pacientes em internação domiciliar ou ainda como benefício concedido no âmbito de programas de acompanhamento, monitoramento e prevenção regidos por Instrução Normativa da Diretoria da AMAFRESP;
- XIII. inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- XIV. cuidador leigo, enfermagem particular contratada para cuidados gerais ou acompanhamento de pacientes em domicílio, hospitais ou clínicas, exceto quando atestada a sua necessidade e conveniência pela Assessoria Médica da AMAFRESP, hipótese em que serão oferecidos como benefício no âmbito de programas de acompanhamento, monitoramento e prevenção, instituídos por Instrução Normativa da Diretoria da AMAFRESP.

- XV. terapias alternativas, como fitoterapia, terapia floral, iridologia, ortomolecular etc. não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde;
- XVI. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- XVII. estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

Parágrafo único: Para efeitos do inciso VI do Artigo 3º, consideram-se:

Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

Não Implantáveis são órteses e próteses classificadas pela Câmara Técnica de Implantes da Associação Médica Brasileira como itens que são considerados como não implantáveis, portanto, não possuem cobertura pelos planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza, em seu site a lista contendo os itens considerados 'não implantáveis', em complemento ao artigo 10, inciso VII, da Lei nº 9.656/98.

ARTIGO 4º - A assistência à saúde referida no “caput” do artigo 2º fica sujeita às coparticipações financeiras para eventos ambulatoriais e em Pronto Socorro cujo percentual será sobre o valor total pago ao prestador, independentemente da data de atendimento:

- I. Consultas em regime ambulatorial inclusive Pronto Socorro: a partir da décima terceira consulta (inclusive), por ano e por pessoa, o usuário deverá assumir a coparticipação de 50% (cinquenta por cento) dos custos;
- II.
 - a) Exames laboratoriais - a partir do 55º exame (inclusive), por ano e por pessoa, o usuário deverá assumir a coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos;
 - b) Exames de imagem - a partir do 16º exame (inclusive), por ano e por pessoa, o usuário deverá assumir a coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos;
 - c) Outros exames acima não especificados - a partir do 13º exame (inclusive), por ano civil e por pessoa, o beneficiário deverá assumir a coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos;

- III. Terapias e avaliações não médicas e Acupuntura (fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, RPG, hidroterapia e pilates para patologias de coluna vertebral), exceto as realizadas para Transtornos Globais de Desenvolvimento: a partir da 61ª sessão (inclusive), por ano e por pessoa, o usuário deverá assumir a coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos;
- IV. Internação psiquiátrica em hospital dia - a partir do 31º dia de internação (inclusive), por ano e por pessoa, o usuário deverá assumir a coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos;
- V. Internação de natureza psiquiátrica para tratamento de transtornos psiquiátricos e para tratamento de dependência química e/ou alcoolismo: a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano e por pessoa, coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos.
- VI. Coparticipação em internação domiciliar:
 - a. Preenchendo os requisitos da Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar (NEAD), ou outro instrumento que a substitua – não haverá cobrança de coparticipação. O paciente ou familiar deve dar ciência desses requisitos.
 - b. Não preenchendo os requisitos da Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar (NEAD) ou outro instrumento que a substitua, em decorrência de condições alheias às diretrizes da equipe técnica da AFRESP - coparticipação de 50% (cinquenta por cento) sobre os custos do plano terapêutico, tomando ciência desses custos previamente.
 - c. A cobrança da coparticipação poderá ser dispensada, mediante avaliação técnica da auditoria médica da Amafresp.
- VII. Terapia para Transtornos Globais de Desenvolvimento, como o tratamento do espectro Autista – a partir da 361ª sessão (inclusive), por ano e por pessoa, o usuário deverá assumir a coparticipação de 30% (trinta por cento) dos custos;

Parágrafo 1º - As coparticipações previstas neste artigo serão cobradas do filiado, sócio previdenciário ou do agregado desmembrado, responsáveis pelo pagamento da contribuição mensal, que lhe der causa.

Parágrafo 2º - Considera-se para os fins dos prazos previstos neste artigo o ano civil.

Parágrafo 3º - Os procedimentos ambulatoriais em estabelecimentos credenciados pela AMAFRESP, cujos valores sejam superiores às tabelas praticadas pela AMAFRESP, serão pagos pelo filiado na ocasião do atendimento no prestador ou pagos pela AMAFRESP, porém as

diferenças serão repassadas ao filiado ou sócio previdenciário, conforme tabelas divulgadas na área restrita no site da AMAFRESP.

Parágrafo 4º - Nas internações hospitalares, não se aplicam quaisquer coparticipações percentuais, porém poderão ser estabelecidos valores de franquias para determinados hospitais, aprovadas e regulamentadas por Instrução Normativa, previamente divulgados aos filiados e sócios previdenciários.

Parágrafo 5º - As franquias poderão ser estabelecidas não só para internações como também para atendimento em Pronto Socorro (PS) por intermédio de Instrução Normativa:

- a) Caso o atendimento em Pronto Socorro com franquia, gere internação, será considerada somente a franquia da internação.
- b) Os procedimentos referentes aos atendimentos em PS submetidos à cobrança de franquias, não geram coparticipação conforme estabelecido no inciso I.

Parágrafo 6º - A franquia para atendimento em PS e para internações serão estabelecidas em quantidade de cotas e terá como referência o valor da cota vigente na data do atendimento no PS ou na data da internação.

Parágrafo 7º - As despesas decorrentes dos atendimentos nos estabelecimentos com franquia, serão pagas ao credenciado pela AMAFRESP e repassadas ao filiado ou sócio previdenciário até o limite das franquias estabelecidas.

Parágrafo 8º - A Diretoria da AMAFRESP poderá, por meio de Instrução Normativa, aprovada pela Diretoria Executiva, estabelecer, aumentar, reduzir ou eliminar franquias para atendimento em pronto socorro e/ou nas internações hospitalares.

- I. As franquias poderão ser cobradas apenas em determinados hospitais, em valores diferenciados, devendo ser dada ampla publicidade aos filiados dos hospitais sujeitos a cada condição;
- II. A diretoria deverá colocar sempre à disposição opções hospitalares onde não deverá haver a cobrança de franquias.
- III. Os limites máximos para cobrança de franquias serão de 45 (quarenta e cinco) cotas em cada prestador.
- IV. Dispositivos de Instruções Normativas, aprovadas pela Diretoria Executiva, que estabeleçam ou aumentem franquias em cada credenciado hospitalar, em valores até 10 (dez) cotas, além de amplamente divulgadas aos filiados, deverão obedecer a um lapso temporal de 90 (noventa) dias para a vigência.

- V. Dispositivos de Instruções Normativas aprovados pela Diretoria Executiva e pelo Conselho Deliberativo que estabeleçam ou aumentem franquias de credenciados hospitalares, para montantes superiores a 10 (dez) cotas em cada instituição, além de amplamente divulgadas aos filiados, deverão obedecer ao lapso temporal de 90 dias para a vigência.

Parágrafo 9º - As coparticipações e franquias previstas neste artigo poderão deixar de ser repassadas ao filiado ou sócio previdenciário como benefício, conforme regras estabelecidas em Instrução Normativa de programas da Amafresp que tenham como objetivo o estímulo à prevenção, incentivo à saúde ou acompanhamento monitorado dos filiados.

Parágrafo 10 - As coparticipações previstas neste artigo poderão ser pagas em até 10 (dez) parcelas mensais consecutivas, desde que atendam às seguintes condições:

- a) seja requerido formalmente pelo filiado ou sócio previdenciário, até 10 dias após o recebimento do aviso de cobrança;
- b) o valor mínimo de cada parcela seja igual ou superior a 1 (uma) cota, tendo como base o valor da cota do mês de vencimento do boleto bancário;
- c) o débito será atualizado monetariamente mês a mês, a partir da 2º (segunda) parcela de acordo com o percentual de rendimento do Fundo de Reserva AMAFRESP aplicado em instituição financeira, relativo ao mês anterior ao do vencimento da parcela;
- d) seja autorizada, por escrito, a cobrança dos valores devido à Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP, através de débito automático em conta corrente em instituição financeira indicada pela AFRESP.

Parágrafo 11 - No caso de não aceitação da indicação do médico assistente e/ou da AFRESP para internação domiciliar/hospital de retaguarda, haverá coparticipação de 2 cotas por dia extra de internação, até o limite de 20 cotas, enquanto durar a internação hospitalar, exceto na hipótese de haver motivo clínico justificável para recusa.

Parágrafo 12 - No caso de usuário internado em regime domiciliar/hospital de retaguarda que não acatar a indicação médica de alta, haverá coparticipação de 2 cotas por diária extra de internação até o limite de 20 cotas, enquanto durar a internação domiciliar/hospital de retaguarda, exceto na hipótese de haver motivo clínico justificável para recusa.

Parágrafo 13 - A AFRESP comprovará o atendimento prestado ao beneficiário, através dos dados recebidos eletronicamente do prestador de serviços, disponível e arquivado junto ao prestador de serviço.

Parágrafo 14 - Itens isentos de coparticipação:

- a) Quimioterápicos intravenosos, intra-arteriais e intra-tecais;
- b) Radioterapia;
- c) Diálises.

Os Exames e procedimentos associados aos eventos constantes dos itens anteriores geram coparticipação, conforme incisos II a, II b e II c.

Parágrafo 15 - Fica estabelecido o valor de 3,5 cotas (três cotas e meia) por filiado, por mês, o limite máximo da coparticipação que poderá ser cobrada do filiado da Amafresp nos procedimentos ambulatoriais previstos nos incisos do Artigo 4º, exceto o inciso VI cujo teto está previsto em Instrução Normativa anexa a este regulamento e os parágrafos 11 e 12 do Artigo 4º. Os valores de coparticipação que superarem as 3,5 cotas (três cotas e meia) serão absorvidos pelo plano, não gerando cobranças em meses subsequentes.

Parágrafo 16 - As cobranças de coparticipação que não atingirem o valor mínimo de 10% (dez por cento) sobre o valor da cota do mês de janeiro de cada ano, não serão cobradas, porém acumuladas para geração nos meses subsequentes, quando ultrapassarem esse percentual.

ARTIGO 5º - Além das coparticipações previstas no artigo anterior, serão cobrados do filiado ou sócio previdenciário:

- I. internação para exames e/ou procedimentos que podem ser realizados ambulatorialmente, segundo parecer da Auditoria Médica da AMAFRESP;
- II. nas internações com médicos não credenciados em hospitais credenciados, quando a Auditoria Médica da AMAFRESP constatar excessos no tempo de internação, sem justificativa clínica, seja internação de véspera de uma cirurgia eletiva ou permanência por período além do necessário, a AFRESP repassará o custo deste excesso ao usuário;
- III. as despesas decorrentes da permanência do paciente no hospital após a alta médica, serão de responsabilidade do usuário;
- IV. os custos das consultas/exames/procedimentos agendados, porém, não realizados por não comparecimento do usuário, sem desagendamento com antecedência mínima de 24 horas;

ARTIGO 6º - O valor dos pagamentos efetuados no mês pelo filiado ou sócio previdenciário, em decorrência de despesas excedentes aos custos, coparticipações e previsões fixados neste regulamento constituirá receita corrente da AMAFRESP, observado o disposto no inciso V do artigo 39.

ARTIGO 7º - A taxa de administração devida à AFRESP, será equivalente a 6,5% (seis e meio por cento) do valor da soma das despesas efetivas e excedentes com assistência à saúde, bem como das coparticipações nos custos dos procedimentos referidos nos artigos 4º e 5º, efetivados através da Administração do Serviço AMAFRESP.

Parágrafo 1º - O valor total da taxa de administração paga pela Amafresp à Afresp no ano civil deverá, até o mês de abril do ano subsequente, ser confrontado com o custo real apurado, gasto pela Afresp para administração do plano, através dos registros contábeis e rateios elaborados pelo centro de custo e:

- a. Se o valor pago pela Amafresp no ano anterior for superior ao custo real apurado, a Afresp restituirá a diferença em favor da Amafresp;
- b. Se o valor pago pela Amafresp no ano anterior for inferior ao custo real apurado, a Amafresp pagará a diferença à Afresp.

Parágrafo 2º - O valor a ser restituído pela Afresp ou pago pela Amafresp, nos termos das alíneas “a” e “b” do parágrafo primeiro, poderá ser quitado em até 06 meses a partir do mês de maio do ano da apuração.

ARTIGO 8º - O valor unitário da cota será apurado no final de cada mês para efeitos do artigo 36, inciso II, dividindo-se a soma das despesas com assistência à saúde e outras dela decorrentes, acrescida da taxa de administração à AFRESP, pelo total de cotas apurado no último dia do mês de referência.

Parágrafo 1º - Para fins de operacionalização do cálculo do valor da cota, a Diretoria Executiva poderá estimar esse valor para determinado mês, utilizando a média do valor das cotas cobradas nos 6 (seis) meses imediatamente anteriores.

Parágrafo 2º - Se em determinado mês o montante a ser efetivamente pago das despesas relativas à assistência à saúde e outras dela decorrentes for superior ao valor da receita advinda das cotas cobradas na forma do parágrafo anterior, o pagamento da diferença a maior será feita com recursos retirados do Fundo de Reserva referido no artigo 39.

Parágrafo 3º - Na hipótese do parágrafo anterior, os recursos retirados do Fundo de Reserva deverão ser ali, repostos mediante ajuste nas cotas mensais seguintes cobradas dos filiados do serviço de saúde.

ARTIGO 9º - Quando o paciente já estiver sob cuidados do médico responsável pela internação, a AMAFRESP não responderá pelos honorários de outro médico, da mesma especialidade, que serão de responsabilidade direta do filiado ou sócio previdenciário.

CAPITULO II

Da filiação

ARTIGO 10 - A filiação à Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP é privativa dos associados da Associação dos Auditores Fiscais da Receita Estadual de São Paulo.

ARTIGO 11 - A qualquer tempo o filiado ou sócio previdenciário poderá inscrever na AMAFRESP, na categoria:

- I. De dependente:
 - a. o cônjuge;
 - b. os filhos e enteados se menores de 21 anos e menor sob guarda reconhecido judicialmente;
- II. De agregados:
 - a. os filhos e enteados se maiores de 21 anos;
 - b. os pais, o padrasto, a madrastra, os irmãos, os sogros, os genros, as noras, os cunhados, os netos, bisnetos e sobrinhos.

Parágrafo 1º - Equipara-se à condição de cônjuge a companheira ou companheiro, assim entendidos aqueles que satisfaçam as exigências da legislação civil em vigor.

Parágrafo 2º - Em caso de separação judicial, divórcio, ou nulidade ou anulação de casamento, o(a) filiado(a) ou sócio previdenciário(a), deverá comunicar a nova condição do(a) ex-cônjuge, a partir de seus efeitos legais, a fim de definir sua exclusão à AMAFRESP.

Parágrafo 3º - Equipara-se à condição de filho, o menor sob guarda e o filho adotivo, assim entendidos àqueles que satisfaçam às exigências da legislação civil em vigor.

Parágrafo 4º - Para os efeitos deste artigo, somente será admitido como dependente ou agregado aquele cujo pedido de inscrição esteja instruído por provas documentais, atendendo-se ao que dispõe a Constituição Federal e legislação pertinente à matéria.

Parágrafo 5º - Os filhos de companheiro ou companheira (enteados) bem assim os havidos em uniões anteriores, também poderão ser inscritos como dependentes ou agregados, desde que provem documentalmente sua condição.

Parágrafo 6º - Para inscrição é obrigatório:

- a) preenchimento de formulário de avaliação Pré-Admissional, exceto para recém-nascido de mãe ou pai inscrito na Amafresp;
- b) assinar termo de recebimento do Regulamento e que está ciente de seu conteúdo;
- c) documentos pessoais e específicos, de acordo com normas do departamento de inscrições;
- d) cumprir compromisso financeiro, recolhendo os encargos devidos e previstos nos artigos 16 e 33.
- e) assinar autorização prévia para consignação das despesas na folha de pagamento, para expedição de boleto bancário ou para débito automático em conta corrente junto a instituição bancária conveniada a Afresp;
- f) preenchimento do formulário de Declaração Cadastral.

Parágrafo 7º - Toda inscrição efetuada após o dia 20 do mês, terá vigência a partir do 1º dia do mês subsequente, ou imediata, com pagamento integral do mês vigente.

Parágrafo 8º - Às viúvas (os) e/ou pensionistas que, até a data do falecimento do (a) AFR, não eram filiadas (os) à AMAFRESP, não poderão mais se filiar a este serviço de saúde. O mesmo se aplica as demais categorias de associados da AFRESP.

ARTIGO 12 - O filiado ou sócio previdenciário é responsável pela totalidade das obrigações financeiras decorrentes deste regulamento, ainda que sejam resultantes de serviços prestados a seus dependentes ou agregados.

Parágrafo 1º - O filiado ou sócio previdenciário terá suspenso o direito à assistência objeto deste Regulamento, quando deixar de cumprir qualquer obrigação financeira pertinente a AMAFRESP.

Parágrafo 2º - A suspensão do direito referido no parágrafo anterior alcança igualmente os dependentes e agregados do titular.

Parágrafo 3º - A suspensão de direito à assistência à saúde referida nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, ocorrerá em virtude do não cumprimento das obrigações previstas no art. 36 deste Regulamento, respeitando os prazos e procedimentos estabelecidos na Resolução Normativa nº

593/2023 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas alterações ou norma que venha à substituí-la, regulados por Instrução Normativa da Diretoria da Amafresp.

Parágrafo 4º - A suspensão do direito à assistência à saúde poderá resultar na exclusão do filiado, observados os termos da Instrução Normativa, aprovada pelo Conselho Deliberativo.

ARTIGO 13 - O filiado ou sócio previdenciário poderá solicitar, por escrito, o desmembramento do pagamento da(s) cota(s) de seu(s) dependente(s) ou agregado(s) através de boleto bancário ou débito em conta corrente.

Parágrafo único - Nos casos de desmembramentos previstos no caput deste artigo, o filiado ou sócio previdenciário permanecerá responsável pela totalidade das obrigações financeiras.

ARTIGO 14 - O filiado ou sócio previdenciário será excluído da AMAFRESP nas seguintes hipóteses:

- I. por sua própria vontade, mediante comunicação prévia, observando-se o disposto no parágrafo 5º deste artigo;
- II. por fraude, assim entendido o abuso de confiança, ação praticada de má fé, falsificação, adulteração, ou dolo, assim entendido um artifício, um engodo, um vício de consentimento com intenção de prejudicar;
- III. por omissão de informações ou tentativa de obter vantagem indevida, por qualquer meio;
- IV. por embaraço a qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos interesses da AMAFRESP;
- V. por eliminação do quadro associativo da AFRESP, nas hipóteses previstas no Estatuto Social;
- VI. por exoneração ou demissão do serviço público estadual, nos termos do Estatuto Social da AFRESP;
- VII. por falecimento;
- VIII. pelo não pagamento das contribuições referidas no artigo 36 respeitando os prazos e procedimentos estabelecidos na RN 593/23 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas alterações ou norma que venha à substituí-la, regulados conforme disposto em Instrução Normativa da Diretoria da Amafresp.

Parágrafo 1º - Nas hipóteses dos incisos II, III e IV deste artigo, a penalidade atingirá somente a pessoa que lhe der causa, quando dependente e/ou agregado. No caso de titular aplica-se o disposto no parágrafo 3º.

Parágrafo 2º - A exclusão da Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP, devidamente informada, implica na exclusão imediata ao seu pedido e, conseqüentemente, da cessação de qualquer cobertura ou assistência à saúde.

Parágrafo 3º - A exclusão do filiado ou sócio previdenciário implicará na exclusão automática de seus dependentes e agregados, salvo no caso do falecimento.

Parágrafo 4º - A exclusão poderá implicar em exigência de pagamento, a título de indenização à AFRESP, de quaisquer despesas decorrentes de serviços prestados utilizados pelo filiado ou sócio previdenciário e por seus dependentes ou agregados, nos últimos 12 (doze) meses.

Parágrafo 5º - Será obrigatória a devolução da(s) carteira(s) de identificação do titular, dependente(s) e/ou agregado(s) ou declaração de que se responsabiliza pelo uso indevido da(s) mesma(s).

Parágrafo 6º - No mês do pedido de cancelamento ou de falecimento do filiado (devidamente comprovada com a apresentação do atestado de óbito) é devida a cobrança do valor da mensalidade, proporcional aos dias em que o serviço de saúde ficou disponível. A exclusão no demonstrativo de pagamento será a partir do mês seguinte à solicitação.

Parágrafo 7º - Em caso de retorno ao plano após a sua exclusão, conforme especificado neste artigo, o filiado ou sócio previdenciário deverá fazer nova adesão à AMAFRESP e cumprir carência nos termos deste regulamento, mesmo que seja titular, esposa e filhos menores de 21 anos, adequando-se sua mensalidade conforme as condições definidas no artigo 33 e parágrafo único incidindo cobrança de nova taxa de inscrição.

Parágrafo 8º - O filiado que se afastar temporariamente do serviço público deverá comunicar a AFRESP – Departamento de Inscrições – sobre sua situação funcional, com apresentação das provas oficiais cabíveis desse afastamento e do respectivo retorno, e poderá escolher uma das seguintes alternativas:

- a) Continuar como integrante da AMAFRESP, desde que atenda às exigências estipuladas neste Regulamento.
- b) Requirir uma suspensão temporária dos serviços prestados pela AMAFRESP dispostos neste regulamento, pelo período que durar oficialmente esse afastamento, sem as exigências dispostas no inc. II do art. 36 deste regulamento.

Parágrafo 9º - A reintegração à AMAFRESP se dará a partir do dia do respectivo retorno oficial, sem exigências do disposto no art. 17 e deverá obedecer ao disposto no inc. II do art. 36 deste regulamento.

Parágrafo 10º - Caso o filiado opte pela alínea b do parágrafo 8º e opte pela reintegração à AMAFRESP, antes do retorno oficial, deverá obedecer ao disposto nos incisos. II do art. 36 deste regulamento, desde o momento da sua saída oficial.

ARTIGO 15 - No caso de falecimento de filiado Auditor Fiscal da Receita Estadual ou sócio previdenciário, o cônjuge supérstite, no prazo de 90 (noventa) dias do óbito, poderá permanecer inscrito na AMAFRESP, na condição de sócio previdenciário, mediante preenchimento de formulários específicos do Departamento de Inscrição e apresentação de documentos pessoais comprovando seu estado de viuvez, assuma o compromisso de cumprir as decorrentes obrigações de ordem financeira, na forma fixada pela Diretoria, e submeta-se às disposições do Estatuto Social e as deste Regulamento.

Parágrafo 1º - Se o cônjuge supérstite, seus dependentes e agregados já estiverem inscritos na AMAFRESP, ficarão isentos do pagamento da taxa de inscrição devida nos termos do artigo 16, e desobrigados da observância dos prazos de carência se já os tiverem cumprido na situação anterior.

Parágrafo 2º - No caso de falecimento do cônjuge supérstite, poderá inscrever-se na Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP, na condição de associado previdenciário, e dentro do prazo de 90 (noventa) dias da ocorrência do falecimento, o agregado capaz que permanecer na condição de pensionista, mantendo-se o número de cotas correspondente à sua condição de agregado e consequente atualização nos termos do artigo 33.

Parágrafo 3º - Ocorrendo a hipótese prevista no parágrafo anterior e sendo o agregado incapaz, seu curador, tutor ou guardião provisório deverá manifestar expressamente o desejo de mantê-lo vinculado a Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP, devendo ainda:

- I.** firmar termo de responsabilidade financeira perante o Diretor da AMAFRESP, no prazo fixado no parágrafo anterior;
- II.** comprovar no mesmo ato, haver manifestado em juízo sua intenção de assumir a curatela do mesmo;
- III.** apresentar no prazo fixado pelo Diretor da AMAFRESP, Certidão de decreto de curatela.

Parágrafo 4º - Ocorrendo o falecimento do filiado Auditor Fiscal da Receita Estadual ou sócio previdenciário, e do respectivo cônjuge, os dependentes a que se refere a letra "b" do inciso I do artigo 11, terão direito de usufruir dos serviços prestados pela AMAFRESP pelo prazo de 180 (cento e oitenta) dias, independentemente do pagamento de qualquer contribuição.

Parágrafo 5º - Dentro do prazo previsto no parágrafo anterior, é facultado ao tutor ou ao guardião provisório manifestar o desejo de manter os dependentes vinculados a AMAFRESP, desde que:

- I. firme termo de responsabilidade financeira perante o Diretor da AMAFRESP;
- II. comprove, no ato, haver manifestado em juízo sua intenção de assumir a tutela dos mesmos;
- III. apresente no prazo fixado pelo Diretor da AMAFRESP Certidão de decreto de tutela.

Parágrafo 6º - No caso de falecimento de filiado ou sócio previdenciário e do cônjuge supérstite, poderão permanecer na AMAFRESP, na qualidade de remanescentes, os agregados, e respectivos dependentes que já estavam inscritos no Serviço de Assistência à Saúde, à data do óbito, desde que cumpram as seguintes exigências:

- I. firmar termo de responsabilidade financeira perante o Diretor da Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP;
- II. assumir expressamente o compromisso de cumprirem com as obrigações e deveres previstos no Regulamento da Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP;
- III. autorizar, por escrito, a cobrança dos valores devidos à Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP através de desconto automático em conta corrente em banco conveniado a Afresp ou em holerite, se funcionário público estadual, ou mediante boleto bancário.
- IV. formalizar a permanência no referido serviço no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do óbito;

Parágrafo 7º - Na hipótese de exclusão de titular, dependente ou agregado da Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP por falecimento, será considerada a data da comunicação do óbito, para todos os efeitos do presente regulamento.

Parágrafo 8º - A pensionista de AFR que, ao atingir 21 ou 25 anos (se estiver frequentando curso superior), deixar essa condição por força de legislação estadual, poderá permanecer no serviço desde que cumpra as exigências enumeradas nos incisos I a IV do parágrafo 6º.

Parágrafo 9º - Os remanescentes definidos no parágrafo 6º deste artigo sujeitam-se às seguintes condições:

- I. manterão o mesmo o número de cotas que lhes eram atribuídas na situação de agregado e a consequente atualização nos termos do artigo 33.
- II. terão direito ao exercício das prerrogativas previstas no artigo 11, limitado ao 4º (quarto) grau de parentesco consanguíneo e 2º (segundo) por afinidade ou afim do AFR ou esposa titular, conforme RN 137 de 14 de novembro de 2006 e suas alterações.

ARTIGO 16 - Ao filiar-se na AMAFRESP e ao fazer uso da faculdade prevista no artigo 11, será cobrada taxa de inscrição (joia).

Parágrafo 1º - Para filiação do AFR ou sócio previdenciário e respectivos dependentes e agregados, a taxa de inscrição referida no "caput" será atribuída por pessoa, na seguinte conformidade:

<u>Faixas Etárias</u>	<u>Taxa de Inscrição</u>
00 a 18 anos	Isento da taxa de inscrição
19 a 23 anos	Isento da taxa de inscrição
24 a 28 anos	Isento da taxa de inscrição
29 a 33 anos	Isento da taxa de inscrição
34 a 38 anos	Isento da taxa de inscrição
39 a 43 anos	Isento da taxa de inscrição
44 a 48 anos	1,5 mensalidade da faixa etária
49 a 53 anos	3 (três) mensalidades da faixa etária
54 a 58 anos	10 (dez) mensalidades da faixa etária
mais de 59 anos	20 (vinte) mensalidades da faixa etária

Parágrafo 2º - A taxa referida neste artigo, poderá ser paga em até 10 (dez) parcelas mensais com valor mínimo de uma cota, as quais terão seus valores baseados na contribuição mensal estimada para o mês de seu efetivo pagamento, sendo obrigatório o pagamento da primeira parcela no ato da efetivação da inscrição.

ARTIGO 17 - O filiado ou sócio previdenciário, seus dependentes e agregados, somente farão jus aos serviços especificados neste Regulamento desde que:

- I. observadas as exigências de ordem financeira e administrativa definidas no Estatuto Social da AFRESP e Regulamento AMAFRESP;
- II. observados os seguintes períodos de carência, contados da data de efetivação da inscrição, assim considerada a data do pagamento total da taxa de inscrição ou 1ª parcela, referidas no artigo 16:
 - a. **atendimento de Urgência/Emergência:** 24 (vinte e quatro) horas
 - b. **consultas:** 30 (trinta) dias
 - c. **exames e procedimentos ambulatoriais:** 90 (noventa) dias
 - d. **internações clínicas e cirúrgicas:** 180 (cento e oitenta) dias
 - e. **parto a termo:** 300 (trezentos) dias
- III. observado o período de Cobertura Parcial Temporária, relacionado, exclusivamente, às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal no momento da adesão.

Parágrafo 1º - Não se aplica o disposto previsto no inciso II nas hipóteses de portabilidade nos termos previstos pelo órgão regulador.

Parágrafo 2º - Os períodos de carência referidos neste artigo, desde que já cumpridos, não se aplicam aos dependentes que, ao atingirem 21 (vinte e um) anos, assumirem a condição de agregados.

Parágrafo 3º - O recém-nascido, filho natural ou adotivo do filiado, ou de seu dependente inscritos na AMAFRESP tem direito à assistência integral à saúde, nos 30 (trinta) dias subsequentes ao nascimento ou a adoção, ainda que o mesmo não seja inscrito na AMAFRESP.

Parágrafo 4º - O período de carência previsto no inciso II deste artigo não se aplica ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, de mãe ou pai devidamente inscrito na AMAFRESP, desde que regularizada a sua inscrição na Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de nascimento ou da adoção.

Parágrafo 5º - O filho adotivo menor de 12 (doze) anos de idade, se inscrito na Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP em até 30 (trinta) dias a contar da data da adoção, terá aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo adotante.

Parágrafo 6º - **Exceto nos casos de parto**, as carências previstas neste artigo poderão ser, após análise técnica da AMAFRESP e mediante Instrução Normativa do Diretor da Amafresp, eliminadas ou reduzidas em 50% (cinquenta por cento), para inscritos provenientes de outros planos de saúde, desde que as coberturas e rede de serviços oferecidos pelo plano de origem sejam

similares aos da AFRESP e também, que não haja interrupção na assistência; para estes casos, poderá ser exigido exame médico pré-admissional para redução de carências.

Parágrafo 7º - As intercorrências do período de gestação e que caracterizarem quadro de urgência e/ou risco de vida materno-infantil, serão atendidos pela rede credenciada e o seu custo será de responsabilidade da AMAFRESP, mesmo quando a paciente estiver em período de carência, prevista no item “e” do inciso II do artigo 17.

Parágrafo 8º - Nos casos de urgência/emergência, cumprida a carência de 24 (vinte e quatro) horas após a efetiva inscrição, conforme definido no inciso II do Artigo 17, porém ainda em período de carência para internações, a cobertura será restrita às primeiras 12 (doze) horas em regime de Pronto Socorro. Assim, as internações decorrentes desse atendimento não serão cobertas pela AMAFRESP.

Parágrafo 9º - A restrição estabelecida no parágrafo anterior, não se aplica aos inscritos com redução de carência nos termos do parágrafo 6º deste artigo.

Parágrafo 10º - Para fins deste Regulamento, considera-se:

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Declaração de Saúde é um formulário para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da adesão ao Plano de Saúde.

Carta de Orientação ao Beneficiário - documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da adesão ao Plano de Saúde.

Parágrafo 11 - Ao requerer sua adesão como beneficiário do Plano de Saúde Amafresp, o proponente receberá a Carta de Orientação ao Beneficiário, documento padronizado pela ANS,

que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da adesão ao Plano de Saúde, e deverá assiná-la para comprovar a ciência de seu teor.

Parágrafo 12 - O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à rede credenciada Amafresp, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à rede credenciada Amafresp, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da adesão ao Plano de Saúde.

Parágrafo 13 - Sendo constatada na entrevista qualificada ou por meio de declaração expressa do beneficiário (Declaração de Saúde), a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é o período de vinte e quatro meses no qual não há cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal na Declaração de Saúde.

Parágrafo 14 - O beneficiário deverá informar à Amafresp, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), à época da adesão ao Plano de Saúde, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato.

Parágrafo 15 - Findo o prazo de vinte e quatro meses da adesão ao Plano de Saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo 16 - As carteiras, cartões ou documentos de identificação, físico ou digital, de porte obrigatório pelo beneficiário para acesso aos serviços assistenciais, deverão conter a informação da existência de cláusula de Cobertura Parcial Temporária (CPT), com especificação da data de término de sua vigência.

CAPITULO III

Dos Convênios

ARTIGO 18 - Os convênios com entidades de assistência à saúde serão firmados pelo Presidente da AFRESP e pelo Diretor da AMAFRESP em processo regular a ser disciplinado por ato da Presidência.

Parágrafo único - Os pagamentos dos serviços de assistência à saúde e outros correlatos efetivamente prestados, serão feitos direta e integralmente pela AFRESP, em nome da AMAFRESP.

ARTIGO 19 - Para aprovação dos convênios serão considerados:

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

Parágrafo único - A aprovação do convênio será obrigatoriamente precedida de diligência, na entidade interessada, pelo Diretor da AMAFRESP ou preposto por ele designado.

ARTIGO 20 - A fiscalização da assistência prestada nos termos deste Regulamento será procedida pelo Diretor da AMAFRESP ou por pessoas especialmente designadas para esse fim e, ainda, pelos filiados.

Parágrafo único - Constatada qualquer irregularidade ou inadequação do serviço, será instaurada sindicância, por ato da Presidência.

ARTIGO 21 - Os convênios poderão ser denunciados unilateralmente pela AFRESP, sem qualquer formalidade, devendo ser o fato objeto de comunicação à entidade interessada e aos inscritos mediante publicação no órgão de divulgação da Associação. No caso de hospitais, a AFRESP deverá disponibilizar entidade credenciada equivalente.

Da Utilização dos Serviços

ARTIGO 22 - O paciente será atendido por entidade de assistência à saúde de sua escolha, participante de convênio com a AFRESP, nos termos deste Regulamento, mediante guia ou senha autorizando o evento.

ARTIGO 23 - Para consultas médicas e exames em geral, o paciente (filiado) será atendido nos consultórios, laboratórios e entidades médicas credenciadas de assistência à saúde, nos dias e horários estabelecidos pelo prestador de serviços.

Parágrafo 1º – O processo de autorização da Amafresp é eletrônico e solicitado pelo prestador de serviço. Contudo, a Amafresp, através de Instrução Normativa aprovada pela Diretoria da Amafresp, poderá determinar prévia autorização, inclusive com retirada de guia na Amafresp, para determinados prestadores de serviço ou procedimentos específicos.

Parágrafo 2º - Excetuadas as hipóteses de urgência e emergência, nos termos da legislação aplicável, em qualquer dos casos em que a cobertura assistencial depender de autorização prévia e houver solicitação do setor de Auditoria Médica da Amafresp, o beneficiário ou seu representante deverá apresentar a documentação complementar necessária para análise do pedido. Para serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial, o prazo máximo para complementação será de 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da comunicação ao interessado por parte da Operadora acerca da necessidade de complementação da documentação necessária para análise do pedido. Para os demais casos, o prazo máximo será de 72 (setenta e duas) horas. Nas duas situações, o descumprimento do prazo poderá acarretar a negativa da solicitação.

Parágrafo 3º - A eventual negativa prevista no parágrafo anterior não impede nova solicitação do mesmo procedimento ou cobertura, podendo o beneficiário ou seu representante apresentar novo requerimento à Amafresp, observadas as condições vigentes à época do pedido.

ARTIGO 24 - Quando o paciente for internado em caráter de urgência, o prestador credenciado deverá providenciar, no primeiro dia útil seguinte, a respectiva guia ou senha de autorização para regularizar o atendimento.

ARTIGO 25 – As divergências técnico-assistenciais sobre solicitações de cobertura para procedimentos ou eventos em saúde serão dirimidas por Junta Médica ou Odontológica, realizada em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN n. 424, de 26 de junho de 2017, e suas alterações ou norma que venha à substituí-la, da ANS.

Parágrafo único – O parecer do desempatedor, médico ou cirurgião-dentista, será acatado para fins de cobertura. O parecer que indicar a não realização do procedimento ou evento em saúde, não caracteriza negativa de cobertura assistencial indevida por parte da AMAFRESP.

ARTIGO 26 – O filiado ou sócio previdenciário responderá integralmente pelo ônus decorrente da contratação de honorários médicos e outros serviços, quando:

- I. Omitir sua condição de inscrito na AMAFRESP em entidade conveniada;
- II. Utilizar-se de entidade não conveniada, em localidade onde houver entidade conveniada que preste o serviço especializado necessário.
- III. For realizada a contratação de procedimentos e/ou serviços que não se enquadrem nas regras de livre escolha previstas no inciso III, do art. 43 do Regulamento, tais como, Honorários Médicos ou serviços particulares, utilizando-se de entidade conveniada ou não, em localidade onde houver disponibilização do serviço.

Parágrafo único - O disposto neste artigo não se aplica à situação referida no artigo 43.

ARTIGO 27 - O atendimento de urgência/emergência poderá ser feito mediante simples apresentação da carteira da AMAFRESP e documento original de identidade para todos os procedimentos realizados na rede credenciada.

Parágrafo 1º - Para os fins do que dispõe este Regulamento, emergência, clínica ou cirúrgica, é o evento súbito que exija atendimento médico hospitalar por risco de vida ou de lesão grave ao usuário, caracterizada em declaração do médico assistente.

Parágrafo 2º - Para os fins do que dispõe este Regulamento, urgência, clínica ou cirúrgica, é o evento que exige atendimento médico-hospitalar resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

ARTIGO 28 - As guias para consultas, exames e tratamentos, terão a validade de 30 (trinta) dias da data da emissão.

Parágrafo 1º - A Guia ou senha de Internação Hospitalar será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários para os casos idênticos. A prorrogação do internamento será concedida a critério da Assessoria Médica da AMAFRESP, mediante solicitação do médico assistente justificando as razões técnicas do pedido.

Parágrafo 2º - Para as autorizações nos procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo, a Afresp poderá solicitar perícia junto a profissional especializado indicado pelo plano, para avaliar a pertinência do solicitado pelo profissional assistente, credenciado ou particular.

Parágrafo 3º - Nos casos de indicação de uso de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

- I. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e
- II. em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora. (Redação dada pela RN nº 262, de 01/08/2011)

ARTIGO 29 - A AFRESP não se responsabiliza pelo insucesso dos tratamentos à saúde, por eventual acidente operatório, ou por danos reais ou supostos, ocasionados por medicamento ou tratamento ministrado por entidade de assistência à saúde.

ARTIGO 30 – A AFRESP, mediante parecer da Assessoria/Auditoria Médica da AMAFRESP, poderá oferecer atendimento domiciliar após a desospitalização a pacientes crônicos, e/ou a pacientes cuja patologia permita tratamento domiciliar por período determinado, segundo

critérios técnicos definidos para o programa, nos termos do inciso XIII do parágrafo 2º do Artigo 2º.

Parágrafo 1º - A inclusão neste programa, o tipo de tratamento e o tempo de acompanhamento domiciliar, depende da análise técnica da Assessoria/Auditoria Médica da AMAFRESP, que será determinada por critérios técnicos pré-estabelecidos.

Parágrafo 2º - Fica vedado o reembolso de pagamentos efetuados pelo usuário a profissionais que exercem qualquer atendimento domiciliar, exceto os casos previstos no inciso III do artigo 43.

ARTIGO 31 – A AFRESP, através de estudos da Assessoria Médica/Auditoria Médica da AMAFRESP e aprovado pela Diretoria da AMAFRESP, poderá elaborar programas de acompanhamento, orientação e monitoramento domiciliar a pacientes, com o intuito de promover a medicina preventiva, nos termos do inciso XIII do parágrafo 2º do Artigo 2º.

Parágrafo 1º – A inclusão neste programa de pacientes, o modo e tempo de acompanhamento serão determinados segundo critérios técnicos pré-estabelecidos pela Assessoria/Auditoria Médica da AMAFRESP e Instrução Normativa.

Parágrafo 2º - Na hipótese dos programas previstos no caput estipularem concessão de benefícios aos participantes, financeiros ou não, as suas regras deverão estar previstas em Instrução Normativa aprovada pela Diretoria Executiva e Conselho Deliberativo da AFRESP.

Parágrafo 3º - A Diretoria da AMAFRESP deverá, anualmente, apresentar à Diretoria Executiva e Conselho Deliberativo da Afresp relatórios gerenciais dos programas a que se refere o parágrafo 2º.

CAPITULO V

Do Sistema de Cotas

ARTIGO 32 - A despesa decorrente da assistência prestada nos termos deste Regulamento será rateada mensalmente entre todos os inscritos, na proporção das respectivas cotas.

ARTIGO 33 - A atribuição de cotas será feita, por pessoa, na seguinte conformidade:

I. Ao filiado Auditor Fiscal da Receita Estadual, ou sócio previdenciário e respectivos dependentes e agregados, inscritos na Administração do Serviço de Assistência à Saúde AMAFRESP:

- 00 a 18 anos completos 0,6 cota
- 19 a 23 anos completos 0,6 cota
- 24 a 28 anos completos 0,8 cota
- 29 a 33 anos completos 1,0 cota
- 34 a 38 anos completos 1,0 cota
- 39 a 43 anos completos 1,0 cota
- 44 a 48 anos completos 1,5 cota
- 49 a 53 anos completos 2,0 cotas
- 54 a 58 anos completos 2,0 cotas
- mais de 59 anos 3,5 cotas

a. para as adesões a partir de 01/08/06, será observada a disciplina do artigo 16;

b. os AFR's titulares e respectivos cônjuges ou companheiros(as) filiados a Amafresp, quando individualmente cada um completar 10 (dez) anos ininterruptos de permanência no plano de saúde, será concedido no mês subsequente, a partir de 01 de Junho de 2015, referente ao inciso I do artigo 33, os seguintes descontos:

- de 59 a 63 anos completos desconto de 1,0 (uma) cota
- de 64 a 69 anos completos desconto de 0,5 (meia) cota

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

ARTIGO 34 - A AFRESP divulgará nos meses de maio e novembro de cada ano, quadro com número de filiados e sócios previdenciários e quantidade das respectivas cotas.

ARTIGO 35 - A AFRESP divulgará demonstrativo mensal do qual constará o valor total das despesas, a quantidade de cotas considerada no rateio e o valor unitário da cota.

CAPITULO VI

Do Movimento Financeiro

ARTIGO 36 - O filiado ou sócio previdenciário obriga-se a pagar:

- I. a taxa de inscrição de conformidade com o disposto no artigo 16;
- II. o valor do rateio mensal, na proporção de suas cotas;
- III. o valor da despesa de sua responsabilidade e que exceder os limites previstos neste Regulamento.
- IV. valores estipulados pela emissão de 2ª (segundas) vias de carteiras de identificação e de manuais da rede credenciada.
- V. o valor da taxa de administração prevista no artigo 7º, incidirá em todas as participações nos custos dos procedimentos cobertos pela AMAFRESP de que trata o artigo 4º deste Regulamento.

Parágrafo Único - O valor previsto no inciso II poderá ser reduzido em até 1 (uma) cota, desde que o beneficiário seja participante e cumpra as regras estabelecidas em Instrução Normativa de programas da AMAFRESP que tenham objetivo de estímulo à prevenção, incentivo à saúde ou acompanhamento monitorado dos filiados.

ARTIGO 37 - O recolhimento de débito de responsabilidade do filiado ou sócio previdenciário, a critério da AFRESP será feito:

- I. mediante desconto em folha de pagamento;
- II. na tesouraria da AFRESP;
- III. por carnê na tesouraria da AFRESP ou em estabelecimento bancário por ela indicado;
- IV. mediante desconto automático em conta corrente, em instituição bancária conveniada a Afresp;
- V. boleto bancário.

Parágrafo primeiro - O não pagamento no prazo de vencimento determinará a atualização do valor do débito de acordo com o Índice Geral de Preços do Mercado (IGPM), ou o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), aplicando-se o índice que for menor, ou outro que vier a substituir algum dos índices citados, acrescido de juros de mora equivalente a 1% (um por cento) ao mês, a contar da data prevista para o vencimento do débito.

Parágrafo segundo – Quando qualquer dos índices publicados for negativo seu valor será considerado igual a zero.

ARTIGO 38 - As notificações de débitos correspondentes a valores excedentes às limitações deste Regulamento serão encaminhadas ao filiado ou sócio previdenciário para conhecimento.

Parágrafo 1º - Os débitos consideram-se vencidos a partir da data do efetivo pagamento da respectiva despesa, efetuado pela AFRESP ao prestador do serviço, excetuados os casos em que o pagamento seja efetuado quando da retirada da guia.

Parágrafo 2º - Eventual impugnação do valor cobrado deverá ser apresentada por escrito, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contado da data da notificação, não ocorrendo, nessa hipótese, interrupção dos efeitos previstos no parágrafo primeiro do artigo 37.

Parágrafo 3º - Vencido o prazo, sem liquidação e sem contestação por parte do devedor, o débito será considerado líquido e certo e encaminhado para cobrança amigável ou judicial, com os acréscimos cabíveis.

Parágrafo 4º - Nos casos de falecimento do filiado ou sócio previdenciário, ou de seus dependentes, previstos no inciso I do artigo 11, decorrente de enfermidade ou acidente, com internação e morte, os valores excedentes aos limites previstos neste Regulamento serão cobertos pelo Fundo de Reserva e rateados entre os cotistas posteriormente, na forma estabelecida pela Diretoria da AFRESP.

ARTIGO 39 - A Amafresp constituirá o Fundo dedicado à ANS e Fundo de Reserva Amafresp, com valores recebidos a título de:

- I. Taxa de inscrição a que se refere o artigo 16;
- II. Indenização a que se refere o parágrafo 4º do artigo 14;
- III. Acréscimo financeiro e despesas de cobrança;
- IV. Doação;

- V. Valor correspondente ao excesso de arrecadação em determinado mês, decorrente da realização efetiva de despesas de assistência à saúde em valor inferior ao cobrado na forma de cotas da AMAFRESP ao filiado e sócio previdenciário, conforme disposto no artigo 8º;
- VI. Outras receitas.

Parágrafo 1º - O Fundo dedicado à ANS será constituído para atender a regulação e as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, relacionadas aos Ativos Garantidores:

- a. Deverá respeitar e seguir todas as regras e condições estabelecidas na legislação vigente, inclusive no que tange ao seu valor mínimo.
- b. Havendo insuficiência de recursos para atingir seu valor mínimo, este deverá ser recomposto no mês seguinte.

Parágrafo 2º - O Fundo de Reserva Amafresp será constituído para que a Diretoria da Amafresp possua recursos para mitigar e administrar as flutuações elevadas no valor da cota, decorrentes de eventos de alto custo ou aumento na utilização dos serviços de saúde. Este Fundo será denominado, obedecendo as seguintes diretrizes:

- a. Deverá ser utilizado exclusivamente para despesas assistenciais e na administração da variação do valor da cota, não podendo ser utilizado para outras despesas;
- b. Será apurado no mês inicial de cada semestre e será constituído até o limite equivalente à uma vez e meia a média da despesa de assistência à saúde e outras despesas correlatas, inclusive da taxa de administração devida à Afresp, dos últimos doze meses;
- c. A partir do mês em que for atingido esse limite, os valores excedentes que deveriam ser considerados ao fundo de reserva, excedentes àquele limite, serão mantidos em aplicações destinadas ao fluxo de caixa da AMAFRESP e deduzidos no cálculo da estimativa da cota dos meses seguintes, efetuado na forma do artigo 8º.
- d. Alternativamente, esse excesso ao limite máximo desse fundo poderá ser utilizado para que o Fundo dedicado à ANS atinja seu limite mínimo, até o limite dessa insuficiência.

Parágrafo 3º - Somente será permitida a transferência de recursos do Fundo Dedicado à ANS para o Fundo de Reserva Amafresp quando a totalidade do primeiro fundo estiver superior ao limite estabelecido pela legislação vigente. A transferência não poderá deixar o Fundo Dedicado da ANS com valor inferior ao estabelecido na legislação vigente.

Parágrafo 4º - A critério da Diretoria da Amafresp poderá haver transferências do Fundo de Reserva Amafresp ao Fundo Dedicado à ANS, apenas quando este estiver abaixo de seu limite mínimo, até o montante desta insuficiência.

ARTIGO 40 – É vedada a utilização de recursos pertencentes ao Fundo de Reserva para outras finalidades, diversa das previstas neste Regulamento, salvo em casos excepcionais previamente autorizados pelo Conselho Deliberativo.

Parágrafo único - Os recursos consignados ao Fundo de Reserva serão depositados em estabelecimento oficial de crédito, para aplicação e rendimentos.

ARTIGO 41 – Todas as contas, obrigações e direitos, e seus efeitos, pertinentes ao serviço de assistência à saúde, serão obrigatoriamente contabilizadas de forma distinta e separada das relativas aos demais serviços e atividades da AFRESP.

Parágrafo único – Para atender ao disposto neste artigo, deverão ser obedecidas as normas baixadas sobre o assunto pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde.

ARTIGO 42 – Com vista a complementar as disposições contidas no artigo 41, a movimentação de todas as contas pertinentes ao serviço de assistência à saúde deverá ser feita através de conta corrente bancária específica, separada das demais mantidas pela AFRESP.

Parágrafo único – Sempre que for necessária a movimentação de recursos entre a conta corrente específica da AMAFRESP e as mantidas pela AFRESP para outras finalidades, deverá ela ser necessariamente documentada inteiramente, realizando-se o balancete mensal de todas as operações.

CAPITULO VII

Do Reembolso das Despesas

ARTIGO 43 - A Amafresp efetuará reembolso ao filiado, dentro de abrangência de cobertura do plano, relativamente aos serviços de assistência à saúde constantes no rol de procedimentos estabelecidos pela ANS e neste Regulamento, nos seguintes casos:

- I** Na inexistência de prestador de serviços, seja ele integrante ou não da rede credenciada, que ofereça o serviço ou procedimento no município que o filiado demandar, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano, deve ser observado o seguinte:
 - a.** Havendo prestador na região limítrofe do município ou na região de saúde onde o filiado demandar o atendimento, o valor do reembolso obedecerá ao disposto no artigo 44;
 - b.** Desde que devidamente comprovado que houve uma solicitação de procura de rede na Amafresp, com número de protocolo de atendimento, em que a resposta foi que não há prestador no município que o filiado demandou o atendimento, na região limítrofe ou na Região de Saúde, o valor do reembolso será integral, conforme determina as normas da ANS.
- II** Na indisponibilidade de prestador integrante da rede credenciada que ofereça o serviço ou procedimento, no município que o filiado demandar o atendimento, desde que pertencente à área geográfica de abrangência do plano, deve ser observado o seguinte:
 - a.** Havendo prestador no município em que o filiado demandar o atendimento, mesmo que não credenciado, ou localizado na região limítrofe, desde que pertencente à abrangência geográfica do plano, o valor do reembolso obedecerá o disposto no artigo 44;
 - b.** Desde que devidamente comprovado que houve uma solicitação de procura de rede na Amafresp, com número de protocolo de atendimento, em que a resposta foi que não há prestador disponível no município demandado e nos municípios limítrofes, o valor do reembolso será integral, conforme determina as normas da ANS
- III** Sem prejuízo do disposto nos incisos anteriores, se observado a Livre Escolha, exclusivamente, para Consultas Médicas, Terapias não médicas (Fisioterapia, Fonoterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, RPG, Hidroterapia, Pilates para patologias de coluna vertebral e Terapias para Transtornos Globais de Desenvolvimento) e Acupuntura, desde que cobertas pela AMAFRESP e decorrentes de atendimento com profissionais devidamente registrados nos respectivos Conselhos de classe, deve ser observado o seguinte:
 - a.** Os valores de reembolso para situações previstas nesse inciso obedecerão o artigo 44;
 - b.** As consultas e terapias sujeitas ao reembolso serão especificadas em Instrução Normativa da Diretoria da Amafresp.
- IV** Excepcionalmente, pelo primeiro atendimento desde que se caracterize estado de urgência/emergência, fora da Área de Abrangência Geográfica de cobertura do plano,

restrito ao território Nacional o valor do reembolso respeitará o artigo 44 e não haverá reembolso das despesas de traslados.

Parágrafo 1º - Haverá incidência de coparticipação para procedimentos remunerados por reembolso, conforme artigo 4º do Regulamento.

Parágrafo 2º - Para efeitos do caput, considera-se:

- I área geográfica de abrangência: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário. O produto da Amafresp possui cobertura Estadual;
- II município da demanda: Local onde o beneficiário necessita do serviço ou procedimento, desde que faça parte da área geográfica de abrangência;
- III rede credenciada: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, podendo ser direta ou indireta;
- IV região de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- V indisponibilidade: quando, no município da demanda, existe prestador na rede assistencial da operadora de planos de saúde que ofereça o serviço ou procedimento demandado, mas este prestador não se encontra disponível para atendimento nos prazos estabelecidos pela legislação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS; e
- VI inexistência: quando, no município da demanda, não existe prestador que ofereça o serviço ou procedimento demandado, seja ele integrante ou não da rede credenciada da Amafresp.

ARTIGO 44 – O valor do reembolso pago aos filiados será efetuado de acordo com as tabelas vigentes na data do atendimento, praticadas e publicadas no site da AMAFRESP, exceto se o valor pago ao profissional ou estabelecimento for inferior, hipótese em que este será o valor do reembolso.

ARTIGO 45 – O pedido de reembolso deverá ser formalizado segundo rotina estabelecida pela AMAFRESP, inclusive por meio de sistemas eletrônicos, no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias contados da data da emissão do comprovante de pagamento, mediante apresentação:

- I Comprovante de pagamento e Documento Fiscal;
- II Identificação do paciente;
- III Identificação do profissional executante;
- IV Local e data do atendimento (para as terapias deverá constar a data de cada sessão);
- V Descritivo dos procedimentos e valores realizados, objeto do pedido de reembolso.

Parágrafo 1º - A AMAFRESP poderá vincular o reembolso decorrente da prestação de tratamentos continuados ou não, em estabelecimentos não credenciados, à apresentação de relatórios médicos periódicos com a evolução clínica do beneficiário e realização de auditoria técnica no prontuário do beneficiário.

Parágrafo 2º - Para fins de viabilizar o procedimento descrito no parágrafo anterior, o beneficiário ou seu responsável legal deverá solicitar os referidos relatórios médicos conforme periodicidade exigida pela AMAFRESP, assim como autorizar o acesso ao prontuário médico e dos terapeutas envolvidos na assistência ao beneficiário, para propiciar a realização de auditoria pela área técnica da AMAFRESP.

Parágrafo 3º - O processamento do reembolso ficará condicionado ao efetivo atendimento das condições descritas nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, de modo que, não havendo o cumprimento das condições previstas no Regulamento e, ultrapassado o prazo estabelecido no caput, haverá o indeferimento do pedido.

ARTIGO 46 – O reembolso será efetuado ao filiado inscrito na Amafresp como responsável financeiro, mediante depósito em conta corrente bancária, no prazo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de toda a documentação, nos termos do artigo 45.

Parágrafo Único – Existindo débito junto a Afresp, de responsabilidade do titular ou agregado solicitante do reembolso, deste valor será deduzido o montante devido.

ARTIGO 47 – Nos casos de internação em hospital conveniado com a Amafresp, com médico responsável também conveniado, e, se durante a internação necessitar de assistência de outro profissional não conveniado, o filiado pagará diretamente o profissional ou serviço e solicitará reembolso nos termos do Regulamento, cabendo à Amafresp avaliar a existência ou não cobertura assistencial.

CAPITULO VIII

Das Disposições Transitórias

ARTIGO 48 - As alterações previstas nos incisos II a, II c, III e a inclusão do inciso VII do artigo 4º possuem vigência a partir de 1º de janeiro de 2025.

CAPITULO IX

Das Disposições Finais

ARTIGO 49 - A AMAFRESP será dirigida por associado Auditor Fiscal da Receita Estadual nomeado pelo Presidente da AFRESP.

ARTIGO 50 - No caso de extinção da AMAFRESP, as reservas líquidas remanescentes, se houver, serão utilizadas no atendimento dos demais serviços previstos no Estatuto Social da AFRESP.

ARTIGO 51 - Antes de intentar qualquer ação judicial contra a AFRESP ou terceiros, o filiado ou sócio previdenciário que se julgar prejudicado em relação à assistência promovida pela AMAFRESP deverá preliminarmente dirigir-se, por escrito, à Presidência, aguardando solução de sua reclamação por 30 (trinta) dias.

ARTIGO 52 - As disposições deste Regulamento, somente poderão ser alteradas mediante proposta fundamentada da Diretoria Executiva da Afresp, com aprovação do Conselho Deliberativo.



Parágrafo único – Caso haja alterações na legislação vigente, a Diretoria poderá propor as mudanças necessárias neste Regulamento para sua adaptação, “ad referendum” do Conselho Deliberativo.

ARTIGO 53 - Caberá no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da ciência ao interessado:

- I reclamação à Diretoria Executiva da Afresp contra decisão proferida pelo Diretor da AMAFRESP;
- II recurso ao Conselho Deliberativo contra decisão proferida pela Diretoria Executiva da Afresp em reclamação.

Parágrafo único - O exercício dos direitos previstos nos incisos anteriores não prejudica a aplicação do disposto no parágrafo único do artigo 37.

ARTIGO 54 - As dúvidas de interpretação e os casos omissos serão dirimidos pela Diretoria Executiva da AFRESP, cabendo recurso da respectiva decisão ao Conselho Deliberativo no prazo de 30 (trinta) dias.

ARTIGO 55 - Aplicam-se aos casos pendentes, no que for mais favorável, as normas contidas neste Regulamento.

ANEXOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 01, DE 18 DE JULHO DE 2013

Coberturas adicionais de vacinas. (REVOGADA PELA IN/N° 17, DE 01/12/2024)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 02, DE 18 DE JULHO DE 2013

Coberturas adicionais de medicamentos. (REVOGADA PELA IN/N° 07, DE 01/09/2016)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 03, DE 18 DE JULHO DE 2013

Franquia para utilização do Pronto Socorro e Internação no Hospital Sírio Libanês.
(REVOGADA PELA IN/N° 12, DE 03/02/2023)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 04, DE 1° DE AGOSTO DE 2013

Eliminação e ou redução de carências. (REVOGADA PELA IN/N° 16, DE 01/12/2024)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 05, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014

Atendimento domiciliar AMAFRESP – ADA.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 06, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014

Programa de Assistência Domiciliar – PAD/Home Care.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 07, DE 01 DE SETEMBRO DE 2016

Coberturas adicionais de medicamentos. (REVOGADA PELA IN/N° 11, DE 12/03/2021)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 08, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2018

Amafresp presente.



INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 09, DE 09 DEZEMBRO DE 2018

2° via de carteira Amafresp.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 10, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2020

Dispõe sobre a criação do Programa Viva Mais – Programa de Longevidade da Amafresp.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 11, DE 12 DE MARÇO DE 2021

Coberturas adicionais de medicamentos. (REVOGADA PELA IN/N° 15, DE 01/12/2024)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 12, DE 24 DE JANEIRO DE 2023

Franquia para utilização do Pronto Socorro e internação de hospitais. (REVOGADA PELA IN/N° 20, DE 01/09/2025)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 13, DE 12 DE MAIO DE 2021

Coberturas adicionais de vacinas. (REVOGADA PELA IN/N° 14, DE 07/02/2024)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 14, DE 07 DE FEVEREIRO DE 2024

Coberturas adicionais de vacinas. (REVOGADA PELA IN/N° 17, DE 01/12/2024)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 15, DE 01 DE DEZEMBRO DE 2024

Coberturas adicionais de medicamentos.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 16, DE 01 DE DEZEMBRO DE 2024

Eliminação e ou redução de carências.



INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 17, DE 01 DE DEZEMBRO DE 2024

Coberturas adicionais de vacinas. (REVOGADA PELA IN/N° 18, DE 01/01/2025)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 18, DE 01 DE JANEIRO DE 2025

Coberturas adicionais de vacinas. (REVOGADA PELA IN/N° 19, DE 01/04/2025)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 19, DE 01 DE ABRIL DE 2025

Coberturas adicionais de vacinas. (REVOGADA PELA IN/N° 20, DE 01/09/2025)

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 20, DE 01 DE SETEMBRO DE 2025

Franquia para utilização do Pronto Socorro e internação de hospitais.



Triênio 2024/2026

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Rodrigo Keidel Spada

1º Vice-Presidente: Mônica Paim de Andrade

2º Vice-Presidente: Alexandre Lania Gonçalves

Secretário Geral: Victor Lins

Secretário Adjunto: Marta Freire

1º Tesoureiro: Luan Zacharias

2º Tesoureiro: Valéria Baciega

DIRETORA AMAFRESP: Alexandre Lania Gonçalves (Representante Legal na A.N.S.)

CONSELHO DELIBERATIVO

Mesa Diretora

Presidente: Paulo Henrique do Nascimento

Vice-Presidente: Israel Gomes Cardoso

1º Secretário: Ivan Aurélio Ferrari do Senço

2º Secretária: Gisélia Magalhães Cruz

COMISSÃO DE SAÚDE

Presidente: Maria Regina Vaz

Membros: Leonardo Filadelpho Belo, Maria Regina Vaz e Thiago Martins

COMISSÃO FISCAL



Presidente: Pedro Ventura Esteves

Membros: Edson Hurtado Candido e Osmar Balmant Junior

CONSELHEIROS (ORDEM ALFABÉTICA):

Alex Mitsuyuki Tatuishi, Caio Mota Blank Machado Netto, Douglas Schiavoni Froemming, Edson Hurtado Candido, Érica Kaori Guinosa, Gilberto Ferreira Neves, Giselia Magalhães Cruz, Israel Gomes Cardoso, Ivan Aurélio Ferrari do Senço, Jairo Cesar Sidnei, Jorge Corrêa de Araújo, Leonardo Filadelpho Belo, Maria Regina Vaz, Marcio Fernandes Lima, Osmar Balmant Junior, Paulo Henrique do Nascimento, Pedro Ventura Esteves, Rafael Verdi Alarcon, Roberto Bonifácio de Souza, Rosana Martins Cortez Veloso, Sebastião Tadeu de Vasconcelos, Thiago Martins, Valdeiton da Silva e Wanderley Meira do Nascimento.



INSTRUÇÃO NORMATIVA — IN Nº 01, DE 18 DE JULHO DE 2013.
(REVOGADA PELA IN/ Nº 13, DE 13/05/2021)

**Dispõe sobre coberturas adicionais de vacinas para
doenças infectocontagiosas.**

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso III do parágrafo 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 01º Ficam definidas abaixo as vacinas para proteção contra as doenças infectocontagiosas, cobertas pelo Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP — AMAFRESP:

- ~~Antitetânica;~~
- ~~BCG;~~
- ~~Dupla antitetânica e antidiftérica;~~
- ~~Febre amarela;~~
- ~~Gripe adulto ou infantil;~~
- ~~Haemophilus B;~~
- ~~Hepatite A;~~
- ~~Hepatite B;~~
- ~~Meningite;~~
- ~~Pneumococo;~~
- ~~Poliomielite;~~
- ~~Rotavírus;~~
- ~~Rubéola;~~
- ~~Tríplice viral MMR;~~
- ~~Varicela.~~

ARTIGO 2º ~~Revoga-se a Instrução Normativa — IN N.º 1 de 01 de setembro de 2008.~~

ARTIGO 3º ~~Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entra em vigor em 18 de julho de 2013.~~

LUIZ CARLOS TOLOI JUNIOR

**Diretor AMAFRESP
Representante Legal na A.N.S.**

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 02, DE 18 DE JULHO DE 2013

(REVOGADA PELA IN/ Nº 07, DE 01/09/2016)

~~Dispõe sobre coberturas adicionais de medicamentos de uso ambulatorial/domiciliar, pela Administração do Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP-AMAFRESP.~~

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso IX do parágrafo 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

Artigo 1º – Ficam definidos abaixo, os princípios ativos dos medicamentos com cobertura adicional para uso ambulatorial/domiciliar:

Patologia	Princípio ativo	Exemplo de nome comercial
Oncologia	Acetato de Abiraterona.....	-Zyrtiga
	Acetato de Buserelina.....	-Suprefact
	Acetato Leuprolida.....	-Lupron
	Anastrozol.....	-Arimidex
	Bicalutamida.....	-Casodex
	Capecitabina.....	-Xeloda
	Ciclofosfamida.....	-Genuxal
	Cloridrato de Erlotinibe.....	-Tareeva
	Ditosilato de Lapatinibe.....	-Tykerb
	Everolimo.....	-Afinitor
	Exemestano.....	-Aromasin
	Fulvestranto.....	-Faslodex
	Grosserrelina.....	-Zoladex
	Interferona Alfa 2B.....	-Interferona Alfa 2B
	Letrozol.....	-Femara
	Malato de Sunitinibe.....	-Sutent
	Mesilato de Imatinibe.....	-Glivec
	Pazopanibe.....	-Votrient
Pegfilgrastim.....	-Neulastim	
Tamoxifeno.....	-Novaldex	
Temozolomida.....	-Temodal	
Tretinoína.....	-Vesanoid	
Pós-Quimioterapia Medicamentos Coadjuvantes	Alfaepoetina.....	Eprex
	Eritropoetina.....	Hemax
	Filgrastim.....	Granulokine
Doenças Auto-Imunes	Adalimumabe.....	Humira
Hepatites Virais	Interferon.....	Pegasys
Osteoporose	Acido Zoledrônico.....	Aclasta
Pós-Transplantes	Micofenolato de Mofetila.....	Cell Cept



~~**Parágrafo 1º**— Os medicamentos citados neste artigo somente serão cobertos nas patologias citadas. Não sendo cobertos para tratamentos não constantes da bula/manual registrada na ANVISA (uso off label).~~

~~**Parágrafo 2º**— Os medicamentos para tratamento de osteoporose com princípio ativo “Ácido Zoledrônico” (exemplo: Aclasta) só será coberto pela necessidade de aplicação assistida ambulatorial.~~

~~**Artigo 2º**— A solicitação de fornecimento dos medicamentos relacionados no artigo 1º deverá ser feita:~~

- ~~a— pelo próprio paciente e/ou através de seus dependentes e agregados mediante preenchimento de formulário próprio;~~
- ~~b— por terceiros, desde que autorizado expressamente pelo titular do plano, em formulário próprio;~~

~~**Parágrafo 1º**— Os documentos exigidos para análise do fornecimento de medicamentos são:~~

- ~~— Receita médica, com validade de 30 (trinta) dias a contar da data de emissão;~~
- ~~— Relatório do médico solicitante em formulário padrão AMAFRESP;~~
- ~~— Resultado de exames médicos recentes, sempre que solicitados;~~
- ~~— Para medicamentos de uso contínuo será necessário a apresentação da documentação acima descrita a cada 90 (noventa) dias.~~

~~**Parágrafo 2º**— Após a data de aprovação de fornecimento pela assessoria médica da AMAFRESP, o prazo para compra do medicamento será de 03 (três) dias úteis. Esse prazo poderá estender-se por tempo indeterminado quando houver falta de medicação no mercado.~~

~~**Artigo 3º**— Os medicamentos citados no artigo 1º desta Instrução Normativa terão coparticipação de 20% (vinte por cento) dos seus custos, nos termos do inciso IX do artigo 4º do Regulamento da AMAFRESP.~~

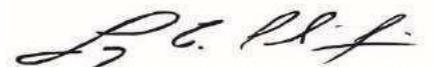
~~**Parágrafo 1º**— O uso dos medicamentos que trata esta Instrução Normativa terão coparticipação, independente da via a ser utilizada (oral, subcutânea, intramuscular ou intravenosa) e do local da administração (regime ambulatorial, domiciliar ou pronto socorro).~~

~~**Parágrafo 2º**— A retirada do medicamento deverá ser feita no local da solicitação, pelo indicado na alínea “a” e “b” do artigo 2º, mediante assinatura do Termo de Compromisso de Pagamento, que confere a AMAFRESP o direito de gerar cobrança de repasse ao filiado da coparticipação prevista no caput.~~

~~**Artigo 4º**— Os medicamentos constantes no artigo 1º, mesmo que administrados ambulatorialmente, deverão obedecer às normas desta Instrução Normativa.~~

~~**Artigo 5º**— Revoga-se a Instrução Normativa— I.N. N.º 2 de 01 de setembro de 2008.~~

~~**Artigo 6º**— Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entrará em vigor a partir de 18 de julho de 2013.~~



LUIZ CARLOS TOLOI JUNIOR
Diretor AMAFRESP
Representante Legal na A.N.S.



INSTRUÇÃO NORMATIVA — IN Nº 03, DE 18 DE JULHO DE 2013
(REVOGADA PELA IN/ Nº 12, DE 24/01/2023)

~~Dispõe sobre a franquia para utilização do Pronto Socorro e Internação na Sociedade Beneficente de Senhoras — Hospital Sírio Libanês.~~

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o parágrafo 5º do artigo 4º, e/e com o parágrafo 6º do artigo 4º do Regulamento da AMAFRESP, aprovado pelo Conselho Deliberativo da Afresp, resolve:

~~ARTIGO 1º~~ — Fica estabelecido o pagamento de franquia, pelos filiados da Administração do Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP — AMAFRESP, quando da utilização da Sociedade Beneficente de Senhoras — **~~Hospital Sírio Libanês~~**, estabelecida na cidade de São Paulo, nos seguintes procedimentos:

- ~~I~~** — **~~UTILIZAÇÃO DE PRONTO SOCORRO~~** — Franquia correspondente ao valor de até 02 (duas) cotas por atendimento;
- ~~II~~** — **~~UTILIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO~~** — Franquia correspondente ao valor de até 20 (vinte) cotas por internação;

~~ARTIGO 2º~~ — Não haverá cobrança de franquia quando se tratar de transplante de órgãos.

~~ARTIGO 3º~~ — Nos casos em que o custo total da utilização de pronto socorro ou o custo total da internação, for inferior ao dobro dos valores das franquias estabelecidas nos incisos I e II do artigo 1º, respectivamente, a franquia corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do custo total do atendimento. Nos casos em que o custo total for superior ao dobro das franquias estabelecidas, o filiado arcará com o valor integral das franquias constantes no artigo 1º.

~~ARTIGO 4º~~ — Nas internações em que houver cobrança de franquia, se após a primeira alta hospitalar com franquia, o paciente necessitar de reinternação pela mesma patologia/diagnóstico, num período de até 10 (dez) dias da primeira alta, não haverá cobrança de nova franquia. Após esse período, a cobrança se dará na forma dos artigos 1º ou 3º desta Instrução Normativa.

~~ARTIGO 5º~~ — Conforme definido no parágrafo 6º do artigo 4º do Regulamento AMAFRESP, caso o



~~atendimento em Pronto Socorro gerar internação, será considerada somente a franquia de internação.~~

~~**ARTIGO 6º** O valor unitário da cota estabelecida nos incisos I e II do artigo 1º terá como referência o valor da cota na data inicial do atendimento, conforme dispõe o parágrafo 7º do artigo 4º do Regulamento.~~

~~**ARTIGO 7º** Revoga-se a Instrução Normativa IN N.º 3, de 1º de setembro de 2008.~~

~~**ARTIGO 8º** Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entra em vigor em 18 de julho de 2013.~~



LUIZ CARLOS TOLOI JUNIOR
Secretário Geral
Representante Legal na A.N.S



INSTRUÇÃO NORMATIVA IN Nº 04, DE 1º DE AGOSTO DE 2013

~~Dispõe sobre a eliminação e/ou redução de carências para filiação na Administração do Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP-AMAFRESP.~~

O Diretor da AMAFRESP, em vista do que dispõe parágrafo 6º do artigo 17 do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

~~**ARTIGO 1º** Ficam definidos abaixo, os critérios para eliminação e/ou redução de carências estabelecidas no inciso II do artigo 17 do Regulamento da Amafresp, para filiação de titular, dependente e agregado na Administração do Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP-AMAFRESP:~~

Faixa Etária	Carências
Até 43 anos	Isento de carência, desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP e boa saúde.
44 a 53 anos	Isento de carência, desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP, boa saúde e insereva no mesmo momento dependente/agregado de até 38 anos que tenha boa saúde. Carência de 50%, desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP e boa saúde.
54 a 58 anos	Carência de 50%, desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP e boa saúde.
Acima de 59 anos	Carência integral prevista no inciso II do artigo 18.

~~**ARTIGO 2º** Entende-se por boa saúde quando a “Avaliação pré-admissional”, preenchida no momento da inscrição no plano de assistência à saúde da AFRESP-AMAFRESP, não demonstrar nenhuma doença ou problema de saúde vigente. A AFRESP poderá exigir exame médico pré-admissional para eliminação e/ou redução de carência.~~

~~**ARTIGO 3º** Não haverá redução de carência para parto a termo, normal ou cirúrgico, sob nenhuma hipótese, permanecendo inalterado o prazo original de 300 (trezentos) dias.~~

~~**ARTIGO 4º** Nos termos da Resolução Normativa RN Nº 252, editada pela A.N.S. — Agência Nacional de Saúde Suplementar, estarão isentos de carências àqueles que se enquadrarem nos requisitos da Portabilidade.~~

~~**ARTIGO 5º** Os casos que não se enquadrarem nesta Instrução Normativa, deverão cumprir as carências previstas no inciso II do artigo 17 do Regulamento da AMAFRESP.~~

~~**ARTIGO 6º** Revoga-se a Instrução Normativa IN Nº 1 de 08 de maio de 2012.~~

~~**ARTIGO 7º** Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entrará em vigor em 1º de agosto de 2013.~~



LUIZ CARLOS TOLOI JUNIOR
Secretário Geral
Representante Legal na A.N.S.



INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 05, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014

Dispõe sobre o Programa de “Atendimento Domiciliar AMAFRESP – ADA”.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso XIII do 2º parágrafo do 2º artigo do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 1º - O “Atendimento Domiciliar AMAFRESP - ADA” é um programa de atendimento à saúde no domicílio, exclusivo aos pacientes inscritos regularmente na AMAFRESP. Seu objetivo principal é o acompanhamento e tratamento contínuo de pacientes com doenças crônicas, melhorando assim sua qualidade de vida. O programa é realizado exclusivamente por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e assistente social) indicada pela AMAFRESP, por meio de visitas domiciliares, contato telefônico e acompanhamento nas internações hospitalares quando necessário.

ARTIGO 2º - Para ser inserido no programa o paciente terá que preencher cumulativamente todos os quesitos abaixo:

- a. estar regularmente inscrito na AMAFRESP com carência cumprida;
- b. ter idade superior a 60 anos;
- c. possuir alguma das doenças crônicas: cardiovascular, diabetes, demência ou DPOC;
- d. apresentar dificuldade em andar ou movimentar-se;
- e. ter o programa aprovado pela assessoria médica da AMAFRESP.

Parágrafo 1º - O “Atendimento Domiciliar AMAFRESP – ADA”, somente será implantado no município de São Paulo. Nos demais municípios o atendimento será efetuado nos termos do “Programa de Assistência Domiciliar – PAD / Home Care”.

Parágrafo 2º - A inclusão no programa, além dos quesitos constantes no artigo 2º, ficará condicionada ao atendimento de todas as condições abaixo:

- a. que o domicílio indicado disponha de condições adequadas ao atendimento;
- b. que seja assinado o Termo de Ciência e de Responsabilidade, pelo paciente ou responsável, concordando com as condições do Programa;

- c. ter um cuidador designado pela família.

ARTIGO 3º - As coberturas deste programa são as previstas no Regulamento da AMAFRESP, complementadas com assistência médica, de enfermagem e de assistente social no domicílio. Além da coleta de exames laboratoriais em domicílio, quando indicados pela equipe multiprofissional da AMAFRESP.

Parágrafo Único – O “Atendimento Domiciliar AMAFRESP - ADA” poderá ser complementado com o “Programa de Assistência Domiciliar – PAD / Home Care”.

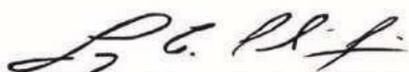
ARTIGO 4º - Excluem-se das coberturas no Programa de Atendimento Domiciliar AMAFRESP - ADA:

- a. despesas com cuidador;
- b. medicamentos, materiais e equipamentos de qualquer natureza;
- c. oxigenoterapia.

ARTIGO 5º - A AMAFRESP se reserva o direito de suspender unilateralmente do “Programa Domiciliar AMAFRESP -ADA” pela equipe técnica da AMAFRESP, caso não atenda aos critérios e orientações técnicas pré-estabelecidas.

ARTIGO 6º - Para fins que dispõe esta Instrução Normativa entende-se por Cuidador “a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem”.

ARTIGO 7º - Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entra em vigor em 17 de outubro de 2014.


LUIZ CARLOS TOLOI JUNIOR
Secretário Geral
Representante Legal na A.N.S.



INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN N° 06, DE 17 DE OUTUBRO DE 2014.

Dispõe sobre o “Programa de Assistência Domiciliar - PAD / Home Care”.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso XIII do 2º Parágrafo do Artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP resolve:

ARTIGO 1º - O “Programa de Assistência Domiciliar – PAD / Home Care”, consiste na assistência domiciliar aos pacientes inscritos regularmente na AMAFRESP, nas seguintes modalidades:

a. Internação Domiciliar em substituição a internação hospitalar;

b. Procedimentos Técnicos Domiciliares.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR

ARTIGO 2º - Entende-se por **Internação Domiciliar** a continuidade da internação hospitalar, quando houver a necessidade contínua de assistência de enfermagem por período mínimo de 6 horas diárias, além da assistência da equipe multiprofissional exigida em cada caso.

Parágrafo Único – Para ter direito à **Internação Domiciliar** as condições abaixo devem ser integralmente atendidas:

- d. estar regularmente inscrito na AMAFRESP, com carência cumprida;
- e. apresentar quadro clínico estável, em condição de alta hospitalar manifesta em prontuário médico hospitalar;
- f. apresentar necessidades incondicionais da presença de profissionais de enfermagem por período mínimo de 6 horas diárias, conforme definido em normas técnicas da NEAD –

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar e ABEMID – Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliária;

- g. o domicílio indicado deverá dispor de condições mínimas necessárias para a continuidade do atendimento/tratamento, que será validado pela equipe técnica da AMAFRESP;
- h. o representante legal deverá assinar o “Termo de Ciência e de Responsabilidade”, concordando com as condições do “Programa de Assistência Domiciliar – PAD / Home Care” e com o plano terapêutico proposto pela equipe técnica da AMAFRESP em conjunto com a equipe técnica do prestador de serviço;
- i. ter um cuidador designado pelo responsável.

ARTIGO 3º - As coberturas na modalidade de **Internação Domiciliar** são:

- a. as previstas no Regulamento AMAFRESP;
- b. visitas de profissionais de saúde para atendimento especializado de acordo com as necessidades do paciente e conforme o seu quadro clínico;
- c. equipamento médico-hospitalar necessário ao atendimento especializado;
- d. oxigenoterapia;
- e. coleta de exames laboratoriais no domicílio;
- f. material para cuidados especializados médicos e de enfermagem;
- g. medicações endovenosas e intramusculares;
- h. dietas enterais industrializadas.

ARTIGO 4º - Exclusões das coberturas na modalidade de **Internação Domiciliar**:

- a. materiais ou medicamentos que não constam no programa terapêutico;
- b. cuidador;

- c. despesas de fornecimento de energia elétrica, água ou outra, ainda que venha ser instalado equipamento que faça uso desta;
- d. alimentos ou suprimentos alimentares, salvo terapia de nutrição enteral com dietas industrializadas.

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DOMICILIARES

ARTIGO 5º - Entende-se por **Procedimentos Técnicos Domiciliares** o conjunto de atividades para tratamento ou reabilitação, de caráter ambulatorial, prescritos ou indicados por médico especialista.

Parágrafo 1º – Entende-se por tratamento de caráter ambulatorial exclusivamente:

- a. administração de medicamento endovenoso e/ou intramuscular;
- b. realização de curativos complexos;
- c. passagem de sondas enterais e vesical de demora;
- d. fisioterapia, fonoaudiologia e orientação nutricional;
- e. outros procedimentos, desde que avaliados e autorizados pela equipe técnica da AMAFRESP.

Parágrafo 2º – Para se ter direito aos **Procedimentos Técnicos Domiciliares** as condições abaixo devem ser integralmente atendidas:

- a. estar inscrito regularmente na AMAFRESP, com carência cumprida;
- b. que a reabilitação do paciente tenha perspectiva de ocorrer em até 60 dias de tratamento. Após esse período será considerado quadro crônico e, portanto, enquadrado conforme parágrafo 4º deste artigo;

- c. que a condição clínica impossibilite seu deslocamento para a rede credenciada;
- d. o domicílio indicado deverá dispor de condições mínimas necessárias para a continuidade do atendimento/tratamento, que será validado pela equipe técnica da AMAFRESP;
- e. ter solicitação do médico especialista;
- f. ter o programa terapêutico aprovado pela equipe técnica da AMAFRESP, de comum acordo com o prestador do serviço domiciliar;
- g. o representante legal deverá assinar o “Termo de Ciência e de Responsabilidade”, concordando com as condições do programa previamente estabelecido;
- h. ter um cuidador designado pelo responsável, quando necessário.

Parágrafo 3º - Os **Procedimentos Técnicos Domiciliares** serão estabelecidos por períodos pré-determinados, podendo ser prorrogados pela equipe técnica da AMAFRESP.

Parágrafo 4º - Os pacientes que não se enquadrarem na modalidade de **Procedimentos Técnicos Domiciliares**, poderão optar em realizar terapias em domicílio, desde que se responsabilizem pelo custo compartilhado.

Parágrafo 5º - Entende-se por Custo Compartilhado a diferença do valor pago pela AMAFRESP para realização do procedimento diretamente na rede credenciada e o valor cobrado para atendimento em domicílio. A diferença será cobrada diretamente pelo prestador de serviço ao filiado/responsável.

ARTIGO 6º - O “Programa de Assistência Domiciliar – PAD / Home Care” somente será implantado em localidade que disponha de serviços médicos especializados contratados pela AMAFRESP.

ARTIGO 7º - O paciente pode ser suspenso unilateralmente do “Programa de Assistência Domiciliar PAD / Home Care” pela equipe técnica da AMAFRESP, caso não atenda aos critérios e orientações técnicas pré-estabelecidas.

ARTIGO 8º - Para fins que dispõe esta Instrução Normativa, entende-se por Cuidador “a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem”.

ARTIGO 9º - Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entra em vigor em 17 de outubro de 2014.



LUIZ CARLOS TOLOI JUNIOR
Secretário Geral
Representante Legal na A.N.S.



~~INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 07, DE 01 SETEMBRO DE 2016.~~
~~(REVOGADA PELA IN/ Nº 11, DE 12/03/2021)~~

~~Dispõe sobre coberturas adicionais de Medicamentos de uso ambulatorial/domiciliar pela administração do serviço de assistência à saúde da AFRESP – AMAFRESP.~~

ARTIGO 1º – ~~Na forma autorizada pelo inciso IX, do § 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, as coberturas adicionais de medicamentos de uso ambulatorial ou domiciliar, obtidos mediante compra direta pela AFRESP, junto ao fabricante ou ao distribuidor serão atendidas com observância desta Instrução Normativa aprovada pelo Diretor da Amafresp.~~

Parágrafo Único – ~~Sob condição de estarem registrados no Brasil, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, e legalmente comercializados no território brasileiro, incluem-se na cobertura adicional os medicamentos:~~

~~I – para terapia antineoplásica, para tratamento do câncer, de administração por via oral, subcutânea, intradérmica ou intramuscular;~~

~~II – Para doenças autoimunes e reumáticas (artrite reumatoide, artrite psoriática, artrite reativa, doença de Crohn, espondilite anquilosante, retocolite ulcerativa e lúpus eritematoso sistêmico), por qualquer via de administração;~~

~~III – para tratamento de hepatite B e C, por qualquer via de administração;~~

~~IV – de suporte hematológico e imunológico não concomitantes à quimioterapia, administrados por via endovenosa, subcutânea, intradérmica ou intramuscular;~~

~~V – Imunossuppressores pós transplantes, por qualquer via de administração;~~



VI—Específicos para fibrose pulmonar idiopática, por qualquer via de administração.

ARTIGO 2º— Sob pena de ser negado o fornecimento pela área técnico-médica da AMAFRESP, a cobertura condiciona-se, ainda, a que o medicamento:

I—Tenha sua indicação clínica em absoluta conformidade com a respectiva bula;

II—Seja prescrito em conformidade com os protocolos clínicos definidos para cada caso particular;

III—seja indicado para uso em regime ambulatorial, assim entendido aquele em que o paciente não está internado em hospital da rede credenciada da AMAFRESP ou em qualquer outro hospital.

ARTIGO 3º— Em cumprimento ao inciso IX do artigo 4º do Regulamento da AMAFRESP, o fornecimento dos medicamentos enumerados no artigo 1º:

I—Terão a coparticipação do associado no percentual de 20% de seu custo de compra pela AFRESP;

II—Serão cobertos pelo sistema de reembolso quando o preço mínimo da embalagem unitária do fabricante corresponda ao valor de até uma cota da AMAFRESP, vigente na data da compra;

§1º—O pedido de reembolso a que se refere o inciso II será formalizado no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias contados da data da emissão do comprovante de pagamento do medicamento, em impresso padronizado da AMAFRESP mediante apresentação da 1ª (primeira) via da nota fiscal, onde constem:

I—Nome do usuário atendido;

II—Especificação, quantidade e valor do produto;

III—pedido médico com a indicação da Hipótese Diagnóstica (HD) ou do Código Internacional de Doenças (CID), se for o caso;

IV—Receita médica, com validade de 30 (trinta) dias a contar da data de emissão;

V—Data da compra;

§ 2º: Em se tratando de medicamento de uso contínuo, será necessária a apresentação dos documentos referidos nos incisos IV, V e VI a cada 90 (noventa) dias.



~~§ 3º: O reembolso será efetuado ao usuário responsável pelo pagamento da contribuição Afresp no prazo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de toda a documentação exigida, mediante depósito em conta corrente bancária indicada, de mesma titularidade.~~

~~§ 4º: No caso de existir débito junto a Afresp, de responsabilidade do destinatário do reembolso, haverá compensação dos valores.~~

~~§ 5º: O valor do reembolso será efetuado de acordo com o valor de cotação do setor de compras médicas da Amafresp, com dedução do valor correspondente ao percentual de coparticipação estabelecido no inciso I Artigo 3º.~~

~~**ARTIGO 4º** - Não tem cobertura adicional todo medicamento de uso domiciliar ou ambulatorial indicado para patologias e formas de administração não contempladas na regulação objeto desta Instrução Normativa e/ou que não demandem a necessidade de supervisão técnica para sua administração.~~

~~**ARTIGO 5º** - A solicitação dos medicamentos relacionados no § 1º do artigo 1º será feita em formulário próprio:~~

- ~~I — Pelo titular do plano;~~
- ~~II — Pelo próprio paciente ou dependente ou agregado seus;~~
- ~~III — por terceiros autorizados expressamente pelo titular.~~

~~§1º O pedido deve estar instruído com:~~

- ~~I — Receita médica com validade de 30 (trinta) dias da data da emissão;~~
- ~~II — Relatório médico solicitante em formulário, padrão da AMAFRESP;~~
- ~~III — Quando solicitado, resultado de exames médicos recentes, a critério da análise técnica da AMAFRESP;~~

~~§ 2º Nova apresentação a cada 90 (noventa) dias dos documentos referidos nos incisos anteriores, para o fornecimento de medicamentos de uso contínuo.~~

~~**ARTIGO 6º** – O prazo para a compra do medicamento será de cinco dias úteis:~~

~~I – Contados da data da aprovação do pedido pela assessoria técnico-médica da AMAFRESP;~~

~~II – Contados da constatação do reabastecimento do mercado, quando tenha ocorrido falta do produto.~~

~~**ARTIGO 7º** – A retirada do medicamento será feita no local da solicitação por um dos solicitantes enumerados no artigo 5º, munido de comprovante da sua qualificação.~~

~~**Parágrafo Único** – A entrega do medicamento será feita mediante assinatura do termo de compromisso de pagamento da coparticipação, o qual confere à AMAFRESP o direito de gerar cobrança de repasse ao filiado do percentual de que trata o inciso I do artigo 3º.~~

~~**ARTIGO 8º** – Executam-se da coparticipação de que trata o artigo 3º, fazendo jus a cobertura total, os medicamentos utilizados em sessões de quimioterapias endovenosas ou arteriais, para tratamento de câncer, em clínicas oncológicas ou em hospitais, pelo que não se subsumem à regulação prevista nesta Instrução Normativa.~~

~~**ARTIGO 9º** – Fica revogada a Instrução Normativa IN nº 2, de 1º de setembro de 2008.~~

~~**ARTIGO 10º** – Esta Instrução Normativa entra em vigor em 1º de setembro de 2016.~~



Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na A.N.S

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 08 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2018

Institui o Programa AMAFRESP Presente, como programa de gestão, monitoramento e acompanhamento de filiados portadores de doenças crônico-degenerativas.

A Diretoria da Amafresp, considerando o disposto nos artigos 2º, 4º, 31 e 36 do seu regulamento, resolve que: *(Redação dada em razão da alteração do Regulamento aprovada em 23.08.2025)*

ARTIGO 1º - Fica instituído o “Amafresp Presente”, Programa de acompanhamento, monitoramento e orientação médica de pacientes crônicos filiados da Amafresp.

Parágrafo 1º - Considera-se paciente crônico o indivíduo portador de doenças crônico-degenerativas e de alto risco assistencial.

Parágrafo 2º - As diretrizes do Programa serão regidas por ações que contribuam para o controle dos custos assistenciais, evitem internações, minimizem tempo de internação hospitalar, possibilite um atendimento e orientações de saúde personalizados e promova a qualidade de vida do filiado, aumentando a sua satisfação com a Amafresp.

ARTIGO 2º - São elegíveis a participar deste programa o associado previamente selecionado através de critérios técnicos estabelecidos pela equipe da AMAFRESP:

Parágrafo 1º- Serão aplicados os seguintes critérios técnicos:

- I Histórico geral clínico, com a contagem da quantidade de internações e seus respectivos períodos de duração, no prazo de 12 (doze) meses anteriores à avaliação;
- II Existência de apoio domiciliar;
- III Existência de apoio profissional de referência;
- IV Perspectivas de evolução clínica.

Parágrafo 2º - Para cada um dos incisos previstos no parágrafo anterior será realizada avaliação pela equipe da AMAFRESP, atribuindo-lhes um conceito conforme disposto na ficha de avaliação prevista no Anexo I desta Instrução Normativa.

Parágrafo 3º - Apenas o associado que for classificado como “Apto” na ficha de avaliação, estará elegível a participar do Programa.



Parágrafo 4º - A entrada do associado no programa dar-se-á mediante a sua assinatura, ou de seu responsável, no Termo de Concordância ao Programa Amafresp Presente.

ARTIGO 3º - Poderão ser oferecidos, mensalmente, ao associado participante do programa os seguintes benefícios, em ordem preferencial para cada ciclo de avaliação realizado:

1. Fornecimento de medicação oral, prescrita por médico do programa, necessária para o tratamento;
2. Coleta domiciliar de exames laboratoriais;
3. Subsídio ou eliminação das cobranças de coparticipação previstas no art. 4º do Regulamento AMAFRESP;
4. Subsídio em sua mensalidade;
5. Qualquer outro benefício, pecuniário ou não, previsto em regulamento e autorizado pela Diretoria da AMAFRESP.

Parágrafo 1º - Cada um dos benefícios previstos no caput estão limitados ao valor de 1,0 (uma) cota por paciente e por mês.

Parágrafo 2º - A soma de todos os benefícios acumulados, por paciente e por mês não poderá exceder o limite de 3 (três) cotas.

Parágrafo 3º - O subsídio previsto no item 4 será de 10% do valor da cota por ciclo de avaliação, não podendo exceder o limite previsto no parágrafo 1º.

Parágrafo 4º - O valor e os benefícios que serão concedidos ao associado participante serão definidos pela equipe da AMAFRESP após avaliação clínica e a constatação do cumprimento integral das regras do Programa pelo beneficiário.

Parágrafo 5º - O direito a qualquer desses benefícios poderá ser cumulativo, respeitado o limite de obtenção de 1 (um) benefício por ciclo de avaliação.

Parágrafo 6º - O valor do benefício não usufruído no respectivo mês de aquisição não poderá ser acumulado para os meses seguintes.

Parágrafo 7º - O direito ao benefício é pessoal e intransferível.

Parágrafo 8º - A cota prevista no parágrafo 1º terá o seu valor divulgado nos termos do artigo 35 do regulamento da AMAFRESP. *(Redação dada em razão da alteração do Regulamento aprovada em 23.08.2025)*



ARTIGO 4º - Para que possa ser contemplado com os benefícios previstos no artigo 3º, o associado deverá cumprir integralmente os requisitos a seguir:

1. Ser avaliado e aprovado pela equipe técnica da AMAFRESP nos termos do artigo 2º;
2. Assinar Termo de Concordância com o Programa Amafresp Presente, previsto no Anexo II;
3. Seguir as orientações previstas no plano de ação terapêutico elaborado pela equipe da AMAFRESP e cientificado pelo beneficiário.

ARTIGO 5º - Os benefícios previstos no artigo 3º serão concedidos no início do primeiro ciclo de avaliação do cumprimento das regras do programa, observando-se o disposto no artigo 8º.

Parágrafo 1º - A contagem do ciclo se inicia com a assinatura do Termo de Concordância pelo associado ou seu responsável.

Parágrafo 2º - Os ciclos de avaliações previstos no caput serão realizados pela equipe técnica da AMAFRESP e ocorrerão com intervalo máximo de até 3 (três) meses.

Parágrafo 3º - A Ficha de Avaliação do Paciente, prevista no Anexo IV, deverá ser preenchida pela equipe da Amafresp com as ocorrências do período avaliado e com o benefício que será concedido para o respectivo ciclo, se for o caso.

ARTIGO 6º - Os benefícios previstos no artigo 3º serão cancelados ou não serão concedidos nos casos onde:

1. O filiado participante do Programa seja reincidente no descumprimento dos itens previstos no artigo 4º desta Instrução Normativa;
2. Ocorrer falta considerada grave pela equipe técnica da AMAFRESP que prejudique os objetivos do programa;
3. For detectada resistência por parte do paciente e familiares que impeçam ou dificultem o cumprimento integral do programa;
4. O filiado estiver inadimplente com as suas obrigações financeiras junto à Afresp ou à AMAFRESP;
5. O filiado ou responsável for autor de processos administrativos contra a AMAFRESP;
6. O filiado ou responsável for autor de ação judicial contra a AMAFRESP;

7. O filiado tiver alta do programa a partir da avaliação realizada pela equipe técnica da AMAFRESP.

Parágrafo 1º - Será considerado descumprimento reincidente o filiado advertido da ocorrência de duas idênticas faltas aos dispositivos previstos no Anexo II.

Parágrafo 2º - A cessação dos benefícios será notificada pela Diretoria da AMAFRESP ao filiado mediante entrega de Termo de Cancelamento de sua participação no programa, conforme Anexo III.

ARTIGO 7º - Caberá ao Diretor da AMAFRESP a autorização final para concessão do benefício.

Parágrafo Único - O início da vigência do benefício dar-se-á no mês seguinte ao do deferimento pelo Diretor da AMAFRESP, respeitados os prazos procedimentais de cada departamento para viabilização do benefício pelo filiado.

ARTIGO 8º - A implantação deste programa iniciar-se-á nas localidades que já disponham de atendimento domiciliar constituído por equipe referenciada pela AMAFRESP para o programa.

ARTIGO 9º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.


Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na A.N.S.

7) O cuidador é contratado ou é alguém da família? – Contratado (alto risco) – Familiar (baixo risco)**8) Possui doenças crônicas pré-existentes? (médio risco)** DM HAS Cardiovascular Renal Pulmonar crônico Outros _____**9) Possui médico de confiança / fidelizado?** – Sim (médio risco) – Não (alto risco)**10) Quando você tem alguma intercorrência você vai até seu médico de confiança ou ao PS?** – Médico de confiança (baixo risco) – PS (alto risco)

* Estão **aptos** para fazerem parte do programa os filiados que tiverem assinalados:

- 4 itens de alto risco ou;
- 3 itens de alto risco e 1 de médio ou baixo risco ou;
- 5 itens de médio risco ou;
- 4 itens de médio risco e 1 item de alto risco ou;
- 3 itens de médio risco e 2 itens de alto risco;

ANEXO II - TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROGRAMA AMAFRESP PRESENTE

Eu, CPF inscrito na AMAFRESP, sob o nº,declaro que:

1. Estou ciente das seguintes regras estabelecidas pelo Programa Amafresp Presente:

- Devo respeitar e cumprir integralmente as orientações e condutas médicas e de enfermagem oriundas das equipes técnicas da Amafresp e/ou dos serviços credenciados, indicados previamente para dar assistência ao paciente;
- Devo buscar prévia orientação das equipes indicadas pela Amafresp, antes de buscar auxílio referente a quaisquer serviços de saúde;

- Não receber assistência de nenhum outro profissional de saúde, além daqueles indicados pelas equipes técnicas da Amafresp, salvo em situações de extrema urgência, plenamente justificáveis;
 - Nas intercorrências ou dúvidas, em dias úteis, no período das 8h às 17h, ligar para a equipe indicada pela Amafresp;
 - Em caso de urgência e emergência, em feriados, finais de semana e no período noturno (das 17h às 8h do dia seguinte) ligar para o telefone indicado pela equipe da Amafresp;
 - Nos atendimentos de emergência no domicílio, respeitar e cumprir integralmente as orientações e encaminhamentos efetuados pela equipe que o assiste.
2. Estou ciente que caso venha a ocorrer uma das hipóteses a seguir, meus benefícios serão cancelados:
- Deixar de seguir de maneira reincidente (duas vezes) as orientações do item 1;
 - Praticar falta considerada grave pela equipe técnica da AMAFRESP que prejudique o desempenho do programa;
 - For detectada resistência por parte do paciente e familiares que impeçam ou dificultem o cumprimento integral do programa;
 - Houver inadimplência com minhas obrigações financeiras junto à Afresp ou à Amafresp;
 - Houver em andamento qualquer tipo de ação judicial contra a Amafresp.
3. Fui informado sobre qual o benefício me será oferecido, concordando com as regras e condições estabelecidas, não tendo qualquer dúvida.
4. Recebi instruções sobre o Plano Terapêutico a que estarei submetido e que irei seguir estritamente, sob pena de ter meus benefícios cancelados.
5. Recebi material que informa os números de telefone que devo procurar em caso de necessidade.

		_____/_____/_____ / /
Assinatura filiada	Amafresp (Assinatura/Carimbo)	Data:

ANEXO III - TERMO DE CANCELAMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA AMAFRESP PRESENTE

Nos termos do parágrafo 2º do Artigo 6º da Instrução Normativa nº 08 de 2018, que institui o Programa Amafresp Presente, fica o filiado abaixo identificado, ciente que, a partir da data de hoje, cessam-se os benefícios oferecidos pela Amafresp.

- Nome filiado: _____
- Nº Inscrição: _____
- Data cancelamento: ____ / ____ / ____

Motivo cancelamento:

- Reincidência no descumprimento dos itens previstos no artigo 4º da Instrução Normativa 8/2018;
- Ocorrência de falta considerada grave pela equipe técnica da AMAFRESP.
- Detectada resistência por parte do paciente e/ou familiares que impeçam ou dificultem o cumprimento integral do programa.
- Inadimplência com as suas obrigações financeiras junto à Afresp ou à Amafresp;
- Processos administrativos contra a Amafresp;
- Ação judicial contra a Amafresp;
- Alta no programa

Informações complementares:

		____ / ____ / ____
Assinatura filiado	Amafresp (Assinatura/Carimbo)	Data:

ANEXO IV – FICHA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE

- Nome filiado: _____
 - Nº Inscrição: _____
 - Nº Ciclo de Avaliação: _____ Data de reavaliação: ____ / ____ / ____
-
- 1) Teve internação hospitalar no período sem ter encaminhamento do médico de referência?
() Sim () Não

 - 2) Teve consultas na rede credenciada sem encaminhamento do médico de referência?
() Sim () Não

 - 3) Realizou algum tipo de exame na rede credenciada que não tenha sido solicitado pelo médico de referência?
() Sim () Não

 - 4) Passou no PS nesse período sem ter encaminhamento do médico de referência?
() Sim () Não

 - 5) Deixou de seguir a orientação/condução do médico de referência?
() Sim () Não

 - 6) Recebeu alguma atuação clínica sem que tenha sido realizada pelo médico de referência?
() Sim () Não

 - 7) Associado é desacompanhado de cuidador?
() Sim () Não

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS DO CICLO:

- Caso o paciente apresente alguma resposta SIM dos itens (1 a 4) sem que tenha sido por



encaminhamento do médico de referência, será notificado como advertência e não receberá novo benefício do ciclo, mantendo os benefícios já concedidos. Caso ocorra novamente (reincidência) será excluído do programa, perdendo todos os benefícios. Caso todas as respostas sejam NÃO o filiado terá direito ao ciclo de benefícios.

Parecer: _____

• Benefício concedido no ciclo:

Medicação oral Exames laboratoriais;

Coparticipação Mensalidade _____% Outro conforme regulamento

		_ / _ / _
Assinatura filiado	Amafresp (Assinatura/Carimbo)	Data:

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 09 DE DEZEMBRO DE 2018

Dispõe sobre a cobrança para emissão de segunda via da carteira de identificação dos associados inscritos na Administração do Serviço de Assistência à Saúde - AMAFRESP

A Diretoria da AMAFRESP, considerando o disposto no inciso IV do artigo 36 do seu regulamento, considerando a disponibilidade de carteira virtual no aplicativo da AMAFRESP e considerando ainda os custos inerentes à confecção e emissão de segunda via de carteira de identificação, estabelece que: *(Redação dada em razão da alteração do Regulamento aprovada em 23.08.2025)*

ARTIGO 1º - O filiado ou sócio previdenciário que solicitar a emissão de segunda via deverá efetuar o pagamento de taxa correspondente, conforme orientação do departamento de inscrição da AFRESP.

ARTIGO 2º - O valor da taxa para emissão de segunda via corresponderá a 5% (cinco) do valor da cota prevista no artigo 35 do Regulamento da AMAFRESP. *(Redação dada em razão da alteração do Regulamento aprovada em 23.08.2025)*

Parágrafo Único - Para determinação do mês de referência da cota a que se refere o caput, será considerado o mês da formalização do pedido pelo interessado.

ARTIGO 3º - Será devida a cobrança de segunda via em relação às carteiras de identificação emitidas pelo Sistema Unimed, Rede São Francisco e quaisquer outras operadoras contratadas pela AMAFRESP.

ARTIGO 4º - O disposto nesta Instrução Normativa aplica-se aos usuários do Convênio de Reciprocidade da Amafresp com as demais operadoras de planos de saúde vinculadas à FEBRAFITE.

ARTIGO 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.



Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na A.N.S.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 10 DE NOVEMBRO DE 2020

Dispõe sobre a criação do Programa Viva Mais – Programa de Longevidade da Amafresp

A Diretoria da Amafresp, considerando a RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS – Nº 265, DE 19 DE AGOSTO DE 2011 e o disposto nos artigos 2º e 31 do seu regulamento, resolve que: *(Redação dada em razão da alteração do Regulamento aprovada em 23.08.2025)*

Artigo 1º - Fica instituído o “Viva Mais”, programa de longevidade da Amafresp, que tem por objetivo instituir aos seus filiados atividades de cuidado à saúde física e mental, ações de auto cuidado, orientação e de prevenção a doenças, oferecendo bonificação a todos os beneficiários participantes das ações previstas neste Programa.

§ 1º - São elegíveis a participar do “Viva Mais”, a qualquer tempo, todos os beneficiários da Amafresp.

§2º - A participação dos beneficiários no “Viva Mais” é facultativa, podendo inclusive, ser parcial em relação às atividades oferecidas.

§3º - O direito à bonificação não estará atrelado ao cumprimento de metas de nenhuma espécie, seja ela individual ou coletiva do grupo participante.

Artigo 2º - As atividades previstas no Programa Viva Mais, bem como a sua grade horária serão previamente definidas pela Amafresp, e dentro do possível, ajustada de acordo com as necessidades de cada grupo constituído.

§1º: A realização das atividades ocorrerá preferencialmente em modalidade on line, através de canais eletrônicos de comunicação, podendo, eventualmente, ocorrer atividades presenciais nos centros de convivência, escritórios regionais da Afresp ou qualquer outro local de conveniência definido com os grupos participantes.

§2º: A grade de atividades será composta, preferencialmente, por aulas que estimulem atividades físicas, tais como exercícios funcionais, yoga e pilates, além de meditação, orientações nutricionais e exercícios de ginástica cerebral.

§3º: Os participantes do programa serão periodicamente acompanhados pela equipe de prevenção da Amafresp, bem como orientados pelos médicos de família participantes do programa.

§ 4º: É facultada à equipe da Amafresp a inclusão ou exclusão de quaisquer atividades da grade de atividades prevista neste artigo, bem como dos profissionais contratados para o programa.

§ 5º: A critério da equipe da Amafresp poderão ser realizadas atividades externas, com parceiros contratados, que poderão incorrer em despesas extraordinárias a serem arcadas entre os participantes que confirmarem a sua presença.



§6º: Qualquer despesa extraordinária a ser gerada nas atividades previstas neste artigo será comunicada previamente ao grupo de beneficiários para que prevaleça o desejo voluntário de participação.

Artigo 3º - A participação no Programa Viva Mais é aberta a todos os filiados, mediante sua inscrição prévia para que possam ser providenciadas a divisão das turmas e a sua habilitação na plataforma eletrônica, visto que, grande parte das atividades serão realizadas de maneira on line.

§1º A inscrição prévia deverá ser realizada através do preenchimento do formulário disponível no site da Amafresp ou envio de mensagem para o e-mail prevencao@afresp.org.br.

§2º: Cada grupo constituído deverá comportar preferencialmente até 30 participantes.

§3º: As faltas injustificadas e consecutivas poderão ensejar a exclusão do beneficiário da turma para que seu lugar possa ser disponibilizado a outros participantes.

§4º: A composição ou formação de novos grupos poderá ser realizada pela equipe da Amafresp a qualquer tempo, considerando o perfil dos associados dele participantes.

Artigo 4º: Os pontos de bonificação serão atribuídos aos participantes mediante a confirmação da presença e permanência em pelo menos 50% do tempo de duração das atividades previstas no artigo 2º.

§1º: O controle de presença e da permanência previstos no caput poderão ser realizados automaticamente através da plataforma eletrônica do Programa, ou por meio do registro manual realizado pela equipe de suporte da Amafresp e dos seus parceiros.

§2º: A distribuição dos pontos de bonificação ocorrerá mediante o cumprimento dos seguintes critérios:

I – Presença e permanência em aulas: 3 pontos por cada aula frequentada;

II – Presença em atividades externas programadas pela equipe de prevenção da Amafresp: 30 pontos por cada evento frequentado (viagens, excursões, atividades sociais);

III – Realização de consulta periódica com os médicos de família e geriatras da Amafresp habilitados neste programa Viva Mais: 40 pontos por consulta, limitados a 1 consulta bonificada a cada 6 meses.

IV – Participação em Campanhas de Saúde e ações do AmaVida: 10 pontos por cada participação

§3º: A pontuação adquirida é cumulativa e ilimitada para cada participante.

§4º: A confirmação de presença prevista no §1º será realizada pela equipe da Amafresp com o registro dos nomes, número da carteirinha da Amafresp, identificação e data do evento onde houve a participação.

§5º: Os pontos adquiridos pelos participantes serão convertidos automaticamente em valores monetários a serem creditados nas mensalidades de junho e dezembro do ano calendário vigente.

§6º: Os pontos são pessoais e intransferíveis em qualquer hipótese;

§7º: A conversão em crédito monetário ocorrerá com a multiplicação da quantidade de pontos acumulada pelo usuário no período pelo valor da cota bônus, definida conforme artigo 5º.

§8º: Na impossibilidade de compensação dos créditos monetários na mensalidade do usuário por motivo de cancelamento da sua inscrição na Amafresp ou de falecimento, os créditos monetários remanescentes serão repassados para o Fundafresp.

Artigo 5º - Cada ponto distribuído no âmbito do programa será transformado em um valor monetário denominado de cota bônus e será definido mediante o seguinte cálculo:

Cota bônus = Verba mensal disponibilizado para rateio/ Total de pontos distribuídos no mês

I - a Verba mensal para o rateio será definida no início de cada ciclo mensal pela equipe da Amafresp, sendo obtida preferencialmente através de patrocínios de parceiros do programa.

II – Total de pontos distribuídos no mês será apurado mediante a somatória da pontuação individual auferida por cada participante no referido período.

Artigo 6º – A continuidade do programa será avaliada a cada 12 meses mediante análise de orçamento disponível e os indicadores de resultado do programa. Parágrafo Único: Serão avaliados como indicadores do programa:

I – Custo total abrangendo equipe, contratos de terceiros, materiais de apoio e infra estrutura;

II – Número total de participantes inscritos ativos;

III – Índice de faltas;

IV – Número de Consultas realizadas com os médicos de família;

V – NPS do Programa;

VI – Apuração do índice de sinistralidade dentre os participantes.

Artigo 7º - Em caso de cancelamento do Programa todos os créditos remanescentes serão distribuídos nos termos dessa resolução.

Artigo 8º - O preparo, a divulgação e a realização das atividades do Viva Mais deverão expor a marca dos patrocinadores deste programa nos respectivos termos contratuais.

Artigo 9º - A equipe da Amafresp poderá suspender ou excluir os participantes do programa cujas condutas infringem os princípios da moral, respeito ao próximo e da ética.



Artigo 10º - Caberá ao diretor da Amafresp a avaliação e definição a respeito de casos omissos.

Artigo 11º- Esta Instrução Normativa, aprovada em reunião da Diretoria Executiva, entra em vigor na data de sua publicação.



Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na A.N.S.

INSTRUÇÃO NORMATIVA — IN Nº 11, DE 12 MARÇO DE 2021 (REVISADA EM 12/05/2021)

~~Dispõe sobre coberturas adicionais de Medicamentos de uso ambulatorial/domiciliar pela administração do serviço de assistência à saúde da AFRESP — AMAFRESP.~~

~~**ARTIGO 1º** — Na forma autorizada pelo inciso IX, do § 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, as coberturas de medicamentos de uso ambulatorial ou domiciliar serão atendidas, com observância desta Instrução Normativa, nas seguintes hipóteses:~~

~~I — Obtidos mediante compra direta pela AFRESP, junto ao fabricante ou ao distribuidor ou;~~

~~II — Fornecidos/administrados pela rede credenciada em regime ambulatorial;~~

~~III — Nos casos de internação em “hospital dia”, exclusivamente para a administração do medicamento.~~

~~Parágrafo Único — Sob a condição de estarem registrados no Brasil, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária — ANVISA, e legalmente comercializados em território brasileiro, ficam contemplados na cobertura adicional, sob qualquer via de administração recomendada ao caso (oral, endovenosa, subcutânea, intradérmica ou intramuscular), os medicamentos com as indicações clínicas abaixo descritas:~~

~~I — Para terapia antineoplásica, para tratamento do câncer e medicamentos coadjuvantes para controle de seus efeitos colaterais;~~

~~II — Para quaisquer doenças autoimunes e reumáticas, tais como osteoporose, artrite reumatoide, artrite psoriática, artrite reativa, doença de Crohn, espondilite anquilosante, retocolite ulcerativa, lúpus eritematoso sistêmico e urticária crônica espontânea;~~

~~III — Específicos para tratamento de hepatite B e C e outras hepatites virais;~~

~~IV — De suporte hematológico e imunológico, não concomitantes à quimioterapia;~~

~~V — Imunossupressores pós transplantes;~~

~~VI — Específicos para doenças pulmonares: asma alérgica, fibrose pulmonar idiopática e hipertensão arterial pulmonar primária;~~

~~VII — Específicos para tratamento de esquizofrenia;~~

~~VIII — Anticoagulante específico para gestantes portadoras de trombofilia;~~

~~IX — Específicos para síndrome hemolítico-urêmica e hemoglobinúria paroxística noturna;~~

~~X — Específicas para tratamento de outras doenças que sejam definidas em normatização da ANS.~~

~~**ARTIGO 2º** — Sob pena de ser negado o fornecimento pela área técnico-médica da AMAFRESP, a cobertura condiciona-se, ainda, a que o medicamento:~~

~~I — Tenha sua indicação clínica em absoluta conformidade com a respectiva bula, vedado, portanto, o uso off label (fora das especificações de bula);~~



~~II— Seja prescrito em conformidade com os protocolos clínicos definidos para cada caso particular e editados por sociedades médicas especializadas, órgãos técnicos ou outras autoridades;~~

~~III— Seja indicado para uso em regime ambulatorial, domiciliar ou excepcionalmente em regime de “hospital dia”, com finalidade exclusiva para a administração do medicamento.~~

~~**ARTIGO 3º**— Em cumprimento ao do Regulamento da AMAFRESP, o fornecimento dos medicamentos enumerados no artigo 1º:~~

~~I— Será coberto pelo sistema de reembolso quando o preço de aquisição do medicamento pelo beneficiário, conforme documento fiscal apresentado, for inferior ao valor de até 1 (uma) cota da AMAFRESP, vigente na data da compra;~~

~~§ 1º— O pedido de reembolso a que se refere o inciso I será formalizado no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias contados da data da emissão do comprovante de pagamento do medicamento mediante apresentação da 1ª (primeira) via da nota fiscal, onde constem:~~

~~I— Nome do usuário atendido;~~

~~II— Especificação, quantidade e valor do produto;~~

~~III— Pedido médico com a indicação da Hipótese Diagnóstica (HD) ou do Código Internacional de Doenças (CID), se for o caso;~~

~~IV— Receita médica, com validade de 30 (trinta) dias a contar da data de emissão;~~

~~V— Data da compra;~~

~~§ 2º— Em se tratando de medicamento de uso contínuo, será necessária a apresentação dos documentos referidos nos incisos IV e V a cada 90 (noventa) dias.~~

~~§ 3º— O reembolso será efetuado ao usuário responsável pelo pagamento da contribuição Afresp no prazo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de toda a documentação exigida, mediante depósito em conta corrente bancária indicada, de mesma titularidade.~~

~~§ 4º— No caso de existir débito junto a Afresp, de responsabilidade do destinatário do reembolso, haverá compensação dos valores.~~

~~§ 5º— O valor do reembolso será efetuado de acordo com o valor de cotação do setor de compras médicas da Amafresp.~~

~~**ARTIGO 4º**— Não tem cobertura adicional todo medicamento de uso domiciliar ou ambulatorial indicado para patologias e formas de administração não contempladas na regulação objeto desta Instrução Normativa e/ou que não demandem a necessidade de supervisão técnica para sua administração.~~

~~**ARTIGO 5º**— A solicitação dos medicamentos relacionados no § único do artigo 1º será feita diretamente nos canais de atendimento da Amafresp:~~

~~I— Pelo titular do plano;~~

~~II— Pelo próprio paciente ou dependente ou agregado seus;~~

~~III— Por terceiros autorizados expressamente pelo titular.~~

~~§ 1º— O pedido deve estar instruído com:~~

~~I— Receita médica com validade de 30 (trinta) dias da data da emissão;II~~

~~—Relatório do médico solicitante;~~

~~III— Quando solicitado, resultado de exames médicos recentes, a critério da análise técnica da AMAFRESP;~~

~~§ 2º— Nova apresentação a cada 90 (noventa) dias dos documentos referidos nos incisos anteriores, para o fornecimento de medicamentos de uso contínuo.~~

~~ARTIGO 6º— O prazo para a compra do medicamento será de cinco dias úteis:~~

~~I— Contados da data da aprovação do pedido pela assessoria técnico-médica da AMAFRESP;~~

~~II— Contados da constatação do reabastecimento do mercado, quando tenha ocorrido falta do produto.~~

~~ARTIGO 7º— A retirada do medicamento será feita no local da solicitação por um dos solicitantes enumerados no artigo 5º, munido de comprovante da sua qualificação, ou poderá, ainda, ser encaminhada diretamente pela Amafresp ou por seu distribuidor no endereço cadastrado pelo beneficiário.~~

~~ARTIGO 9º— A diretoria da AMAFRESP pode incorporar novas indicações terapêuticas/medicamentos nessa IN, até então não contemplados, seja pela obrigatoriedade da Agência Reguladora, seja por indicação da equipe técnica da AMAFRESP.~~

~~ARTIGO 10º— Fica revogada a Instrução Normativa IN nº 07 de 01 de setembro de 2016~~

~~ARTIGO 11º— Esta Instrução Normativa entra em vigor em 01 de março de 2021.~~

~~Os medicamentos utilizados em período anterior a 01/04/2021, que não se enquadram na Instrução Normativa IN nº 07 de 01 de setembro de 2016, não terão qualquer coparticipação.~~



Janaína Coral Zacarchenco
Diretora da Amafresp
Representante Legal na A.N.S



INSTRUÇÃO NORMATIVA — IN Nº 12, de 24 de Janeiro de 2023.

(aprovada em 03/02/2023)

Dispõe sobre a franquia para utilização do Pronto Socorro e internação nos hospitais credenciados na Amafresp.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o parágrafo 5º do artigo 4º, e/c com o parágrafo 6º do artigo 4º do Regulamento da AMAFRESP, aprovado pelo Conselho Deliberativo da Afresp, resolve:

ARTIGO 1º — Fica estabelecido o pagamento de franquia, pelos filiados da Administração do Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP — AMAFRESP, quando da utilização dos seguintes hospitais:

I — UTILIZAÇÃO DE PRONTO SOCORRO — Franquia correspondente ao valor de até 03 (três) cotas por atendimento, na Sociedade Beneficente de Senhoras — Hospital Sírio Libanês;

II — UTILIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO — Franquia por internação, nos hospitais abaixo, com seus respectivos valores:

Sociedade Beneficente de Senhoras — Hospital Sírio Libanês:	30 cotas
Hospital BP Mirante:	10 cotas
Hospital das Clínicas:	10 cotas
Hospital Infantil Sabará:	10 cotas
Hospital do Câncer “Fundação Antonio Prudente”:	10 cotas
Hospital Edmundo Vasconcelos:	10 cotas
AACD Ibirapuera:	10 cotas
INCÓR	10 cotas

ARTIGO 2º — Nos casos em que o custo total da utilização de pronto socorro ou o custo total da internação, for inferior ao dobro dos valores das franquias estabelecidas nos incisos I e II do artigo 1º, respectivamente, a franquia corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do custo total do atendimento. Nos casos em que o custo total for superior ao dobro das franquias estabelecidas, o filiado arcará com o valor integral das franquias constantes no artigo 1º.

ARTIGO 3º — Nas internações em que houver cobrança de franquia, se após a primeira alta hospitalar com franquia, o paciente necessitar de reinternação pela mesma patologia/diagnóstico, num período de até 10 (dez) dias da primeira alta, não haverá cobrança

de nova franquia. Após esse período, a cobrança se dará na forma dos artigos 1º ou 3º desta Instrução Normativa.

~~ARTIGO 4º~~ — Conforme definido no parágrafo 6º do artigo 4º do Regulamento AMAFRESP, caso o atendimento em Pronto Socorro gerar internação, será considerada somente a franquia de internação.

~~ARTIGO 5º~~ — O valor unitário da cota estabelecida nos incisos I e II do artigo 1º terá como referência o valor da cota na data inicial do atendimento, conforme dispõe o parágrafo 7º do artigo 4º do Regulamento.

~~ARTIGO 6º~~ — Revoga-se a Instrução Normativa — IN N.º 03, de 18 de Julho de 2013.

~~ARTIGO 8º~~ — Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entra em vigor 90 dias após a sua aprovação.



JANAINA CORAL ZACARCHENCO
2ª Tesoureira
Diretora da AMAFRESP
Representante Legal na A.N.S.

~~INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 13, DE 13 de maio de 2021.~~

Dispõe sobre coberturas adicionais de vacinas para doenças infectocontagiosas.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso III do parágrafo 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 1º – Ficam definidas abaixo as vacinas para proteção contra as doenças infectocontagiosas, cobertas pelo Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP – AMAFRESP:

Vacina	Número de doses	Idade
BCG-ID	Dose única	Ao nascer
Hepatite B	Ao nascer, com 1 mês e seis meses. Para outras idades 3 doses (a depender da situação vacinal)	Ao nascer, crianças adolescentes, adultos, idosos e gestantes
Triplíce bacteriana	A depender da situação vacinal	2º reforço com 4 anos Gestante Reforço 14 anos e a cada 10 anos
HEXAVALENTE (difteria, tétano, coqueluche, a bactéria haemophilus-influenza tipo b, POLIO e hepatite B)	3 doses na ausência da penta ou 2 doses com 2 e 6 meses de idade e, caso tenha penta disponível	2, 4 e 6 meses de IDADAE
Triplíce bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa)	1 dose de reforço a cada dez anos	Uma dose a cada gestação A partir dos 10 anos de idade

Poliomielite oral (vírus vivos atenuados)		Somente no serviço público
Haemophilus influenzae b	aos 2, 4 e 6 meses de idade. Pode quarta dose entre 12 e 18 meses.	2 meses a 5 anos
Rotavírus PENTAVLENTE	3 doses	2, 4, 6 meses
Pneumocócicas conjugadas- VPC10 (vacina conjugada 10-valente)		Somente no serviço público
Pneumocócicas conjugadas- VPC13 (vacina conjugada 13-valente)	Até 4 doses a depender da situação vacinal	A partir de 2 meses
Pneumocócicas conjugadas VPP23	Até duas doses: seis meses após Vacina Pneumo 13 e outra cinco anos após a primeira dose de vacina Pneumo 23	Pessoas com 60 anos ou mais
Meningocócicas conjugadas ACWY/C	Até 3 doses e 2 reforços a depender da idade e situação vacinal	Para crianças maiores de 3 meses, adolescentes, adultos e idosos
Meningocócica B	Até 3 doses e 1 reforço a depender da idade e situação vacinal	A partir de 3 meses até 05 anos e 11 meses

Influenzae (gripe)	<ul style="list-style-type: none"> • Para crianças entre 6 meses e 8 anos de idade: duas doses na primeira vez em que forem vacinadas (primovacinação), com intervalo de um mês e revacinação anual. • A partir de 9 anos: dose única anual. • Para menores de 3 anos, na dependência da bula do fabricante, o volume a ser aplicado em cada dose pode ser de 0,25 mL ou 0,5 mL. 	Conforme especificado em bula
Febre amarela	-	Só em serviço público
Hepatite A	Duas doses com intervalo de 6 meses, a partir de um ano de idade	Qualquer idade, duas doses com intervalo de 6 meses entre elas
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	A depender da situação vacinal	12 meses; Também fornecida para adolescentes e adultos até 59 anos 11 meses e 29 dias
Varicela (catapora)	Duas doses (aos 15 meses e entre 4 e 6 anos	A partir de 4 anos de idade até 59 anos, 11 meses e 29 dias

ARTIGO 2º – Revoga-se a Instrução Normativa – IN N.º 1 de 01 de setembro de 2008.

ARTIGO 3º – Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entra em vigor nesta data.



JANAINA CORAL ZACARCHENCO

Diretora AMAFRESP

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 14, de 07 de fevereiro de 2024.

Dispõe sobre coberturas adicionais de vacinas para doenças infectocontagiosas.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso III do parágrafo 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 1º – Ficam definidas abaixo as vacinas para proteção contra as doenças infectocontagiosas, cobertas pelo Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP – AMAFRESP.

VACINA	CICLO VACINAL	IDADE DE COBERTURA
BCG-ID	Dose única	Ao nascer
DTPA – TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR DO TIPO ADULTO	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 10 anos de idade Gestantes: 01 dose a cada gestação
FEBRE AMARELA	—	Somente na rede pública
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	3 doses (2 meses / 4 meses e 6 meses de idade). Pode 4ª doses entre 12 e 18 meses de idade	2 meses a 5 anos de idade
HEPATITE A	2 doses com intervalo de 6 meses entre as doses	A partir de 1 anos de idade
HEPATITE B	3 doses (a depender da situação vacinal)	Todas idades
HEXAVALENTE (Difteria + Tétano + Coqueluche + Bactéria Haemophilus influenza tipo B + Polio + Hepatite B)	3 doses na ausência da PENTA ou 2 doses com 2 e 6 meses de idade caso tenha PENTA disponível	De 2 meses a 6 meses de idade
INFLUENZA (gripe)	Dose única, com exceção de crianças 6 meses a 8 anos de idade não vacinadas anteriormente: 2 doses com intervalo de 1 mês entre as doses, após, 1 dose/ano	A partir de 6 meses de idade
MENINGOCÓCICA ACWY/C	Até 3 doses e 2 reforços a depender da idade e situação vacinal	Maiores de 3 anos de idade

MENINGOCÓCICA B	- Até 3 doses e 1 reforço a depender da idade e situação vacinal	- A partir de 3 anos até 5 anos e 11 meses de idade
-	-	-
POLIOMIELITE ORAL (Vírus vivos atenuados)	-	- Somente rede pública
-	-	-
PNEUMOCÓCICA VPC10 (Vacina conjugada 10 – valente)	-	- Somente na rede pública
-	-	-
PNEUMOCÓCICA VPC 13 (Vacina conjugada 13 – valente)	- Até 4 doses para menores de 2 anos de idade / a partir de 2 anos de idade: dose única	- A partir de 2 meses de idade
-	-	-
PNEUMOCÓCICA VPP 23	- 2 doses com intervalo de 5 anos entre elas (intervalo mínimo de 6 meses antes ou após a VPC13)	- A partir de 60 anos de idade
-	-	-
ROTAVÍRUS PENTAVALENTE	- 3 doses	- De 2 meses a 6 meses de idade
-	-	-
TRÍPLICE BACTERIANA	- A depender da situação vacinal	- 2º reforço com 4 anos de idade / gestantes / reforço aos 14 anos de idade e a cada 10 anos
-	-	-
TRÍPLICE VIRAL (Sarampo + Caxumba + Rubéola)	- A depender da situação vacinal	- 12 meses / adolescentes / adultos até 59 anos e 11 meses de idade
-	-	-
VARICELA (Catapora)	- 2 doses	- de 4 a 6 anos de idade / adultos até 59 anos e 11 meses

ARTIGO 2º – Revoga-se a Instrução Normativa – IN N.º 13 de fevereiro de 2024.

ARTIGO 3º – Excepcionalmente, por tempo indeterminado, a Amafresp subsidiará, por meio de reembolso de um valor fixo por dose ao filiado, a vacina contra Dengue (Qdenga®) e contra Herpes Zoster (SHINGRIX®).

Parágrafo primeiro: a cobertura das vacinas será baseada nas indicações de faixas etárias constantes nas bulas registradas na ANVISA, conforme a seguir:

- Herpes Zoster (SHINGRIX®): Adultos com 50 anos ou mais (duas doses).
- Dengue (Qdenga®): Indivíduos dos 4 aos 60 anos de idade (duas doses).

Obs.: não haverá cobertura para o subsídio de vacinas fora das faixas etárias acima definidas, salvo com justificativa médica, necessariamente.



~~**Parágrafo segundo:** as solicitações de reembolso devem ser encaminhadas para o e-mail: atendimento@afresp.org.br, acompanhados da Nota Fiscal ou Recibo e dados da conta corrente para depósito.~~

~~**Parágrafo terceiro:** a critério da regulação e auditoria médica da AMAFRESP, poderão ser solicitados comprovante de pagamento ou carimbo de quitação das notas fiscais apresentadas, bem como o pedido médico.~~

~~**Parágrafo quarto:** o valor do subsídio estabelecido no caput será de:~~

- ~~• Vacina contra a Dengue (Qdenga®): R\$ 185,00 (cento e oitenta e cinco reais) por dose~~
- ~~• Vacina contra Herpes Zoster (SHINGRIX®): R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por dose~~

~~**ARTIGO 4º** - Esta Instrução Normativa, a partir da publicação, terá vigência retroativa em 01/01/2024.~~



Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 15, DE 01 DE DEZEMBRO DE 2024

Dispõe sobre as coberturas adicionais de Medicamentos de uso ambulatorial/domiciliar pela administração do serviço de assistência à saúde da AFRESP – AMAFRESP

ARTIGO 1º - Além do elenco de medicamentos estabelecidos pelo órgão regulador – Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a AMAFRESP, com base no inciso IX, do § 2º do Artigo 2º do seu Regulamento, promove o fornecimento dos medicamentos de uso ambulatorial ou domiciliar abaixo especificados, desde que atendidas as seguintes condições:

§ 1º Os medicamentos serão obtidos preferencialmente mediante compra direta pela AFRESP, junto ao fabricante ou ao distribuidor; ou,

§ 2º Fornecidos/administrados pela rede credenciada em regime ambulatorial, previamente autorizados pela área técnica da AMAFRESP;

§ 3º Nos casos de internação em “hospital dia”, exclusivamente para a administração do medicamento, previamente autorizados pela área técnica da AMAFRESP;

§ 4º Sob a condição de estarem registrados no Brasil, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, e legalmente comercializados em território brasileiro, ficam contemplados na cobertura adicional, sob qualquer via de administração recomendada ao caso (oral, endovenosa, subcutânea, intradérmica ou intramuscular), os medicamentos com as indicações clínicas abaixo descritas:

- I. Para terapia antineoplásica, independentemente do tipo ou estágio da neoplasia;
- II. Para as doenças autoimunes e reumáticas: osteoporose, artrite reumatoide, artrite psoriática, artrite reativa, doença de Crohn, espondilite anquilosante, retocolite ulcerativa, lúpus eritematoso sistêmico, urticária crônica espontânea e polineuropatia autoimune, dermatite atrófica grave, atrofia muscular espinal, esclerose lateral amiotrófica (exclusivamente para o princípio ativo RILUZOL);
- III. Antivirais, específicos para tratamento de hepatite B e C e outras hepatites virais;
- IV. De suporte hematológico e imunológico, não concomitantes à quimioterapia;
- V. Imunossuppressores pós transplantantes;
- VI. Específicos para: asma grave (exclusivamente imunobiológico), fibrose pulmonar idiopática e hipertensão arterial pulmonar primária;
- VII. Específicos para tratamento de esquizofrenia;
- VIII. Anticoagulante específico para gestantes portadoras de trombofilia;
- IX. Específicos para síndrome de hemolítico-urêmica e hemoglobinúria paroxística noturna;

ARTIGO 2º - Sob pena de ser negado o fornecimento pela área técnica da AMAFRESP, a cobertura condiciona-se, ainda, a que o medicamento:

§ 1º Tenha sua indicação clínica em absoluta conformidade com a respectiva bula, sendo vedado, portanto, seu uso “fora da bula” (off-label), ou seja, fora das especificações indicadas em bula pelo fabricante e aprovados pela ANVISA;

§ 2º Tenha indicação técnica para o caso, considerando sua aplicabilidade e resolatividade, diante do quadro clínico do paciente e estágio da doença;

§ 3º Seja indicado para uso em regime ambulatorial, domiciliar ou excepcionalmente em regime de “hospital dia”, com finalidade exclusiva para a administração do medicamento.

ARTIGO 3º - O fornecimento dos medicamentos enumerados no artigo 1º:

§ 1º Poderá ser coberto pelo sistema de reembolso quando o preço de aquisição do medicamento pelo beneficiário, conforme documento fiscal apresentado, for inferior ao valor de até 1 (uma) cota da AMAFRESP, vigente na data da compra;

- I. O pedido de reembolso a que se refere o inciso I, além das regras estabelecidas no Regulamento da Amafresp, será formalizado no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias contados da data da emissão do comprovante de pagamento do medicamento, mediante apresentação da 1ª (primeira) via da nota fiscal, onde constem:
 - a) Nome do usuário atendido;
 - b) Especificações, quantidade e valor do produto;
 - c) Pedido médico com a indicação da Hipótese Diagnóstica (HD) ou do Código Internacional de Doenças (CID), se for o caso;
 - d) Receita médica, com validade de 30 (trinta) dias a contar da data da emissão;
 - e) Data da compra.
- II. Em se tratando de medicamento de uso contínuo, será necessária a apresentação dos documentos referidos nos incisos IV e V a cada 90 (noventa) dias;
- III. O reembolso será efetuado ao usuário responsável Financeiro da contribuição Amafresp, no prazo de 30 (trinta) dias contados da apresentação de toda a documentação exigida, mediante depósito em conta corrente bancária indicada, de mesma titularidade;
- IV. No caso de existir débito junto a Afresp, de responsabilidade do destinatário do reembolso, haverá compensação de valores;
- V. O valor do reembolso será efetuado de acordo com o valor de cotação do setor de compras médicas da Amafresp.

ARTIGO 4º - A solicitação dos medicamentos relacionados no artigo 1º, será feita diretamente nos canais de atendimento da Amafresp:

§ 1º Pelo titular do plano;

§ 2º Pelo próprio paciente, dependente ou agregado seus;

§ 3º Por terceiros autorizados expressamente pelo titular.

- I. O pedido deve estar instruído com:
 - a) Receita médica com validade de 30 (trinta) dias da data de emissão;
 - b) Relatório médico solicitante;
 - c) Quando solicitado, resultado de exames médicos recentes, a critério da análise técnica da AMAFRESP;



- II. Nova apresentação, a cada 90 (noventa) dias, dos documentos referidos no inciso I do artigo 5º, para o fornecimento de medicamentos de uso contínuo.

ARTIGO 5º - O prazo para a compra do medicamento será de cinco dias úteis:

§ 1º Contados da data da aprovação do pedido pela assessoria técnico-médica da AMAFRESP;

§ 2º Contados da constatação do reabastecimento do mercado, quando tenha ocorrido falta do produto.

ARTIGO 6º - A retirada do medicamento será feita no local da solicitação por um dos solicitantes enumerados no artigo 5º, munido de comprovante da sua qualificação, ou poderá, ainda, ser encaminhada diretamente pela AMAFRESP ou por seu distribuidor no endereço cadastrado pelo beneficiário.

ARTIGO 7º - A diretoria da AMAFRESP pode incorporar novas indicações terapêuticas/medicamentos nessa IN, até então não contemplados, seja pela obrigatoriedade da Agência Reguladora, seja por indicação da equipe técnica da AMAFRESP.

ARTIGO 8º - Esta Instrução Normativa deverá ser seguida em todos os seus termos e não poderá ser interpretada ou flexibilizada sob a consideração do estado de saúde do filiado, motivo de internação, justificativa para alta hospitalar ou outros motivos que não estejam estritamente previstos neste normativo.

ARTIGO 9º - Fica revogada a Instrução Normativa – IN nº 11 de 12 de março de 2021.

ARTIGO 10º - Esta Instrução Normativa entrará em vigor em 01 de dezembro de 2024.


Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na A.N.S.



INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 16, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2024

Dispõe sobre a eliminação e/ou redução de carências para filiação na Administração do Serviço de Assistência à saúde da AFRESP – AMAFRESP.

O Diretor da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso II, do artigo 17 do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 1º - Ficam definidos abaixo, os critérios para eliminação e/ou redução de carências estabelecidas no inciso II, do artigo 17 do Regulamento da Amafresp, para filiação de titular, dependente e agregado na Administração do Serviço de Assistência à saúde da AFRESP – AMAFRESP:

Faixa Etária	Carências
Até 43 anos	Isento de carência , desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP e boa saúde.
44 a 53 anos	Isento de carência , desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP, boa saúde e <u>inscreva no mesmo momento dependente/agregado de até 38 anos que tenha boa saúde.</u> Carência de 50% , desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP e boa saúde.
54 a 58 anos	Carência de 50% , desde que tenha outro plano de saúde em vigência até, no máximo, 30 (trinta) dias antes da data de inscrição na AMAFRESP e boa saúde.
Acima de 59 anos	Carência integral prevista no inciso II do artigo 18.

ARTIGO 2º - Entende-se por boa saúde quando a “Declaração de Saúde”, preenchida no momento da inscrição no plano de assistência à saúde da AFRESP – AMAFRESP, não demonstrar condições de saúde que caracterizem Doença ou Lesão Preexistente. A AFRESP poderá exigir exames ou fazer perícia médica para eliminação e/ou redução de carência.

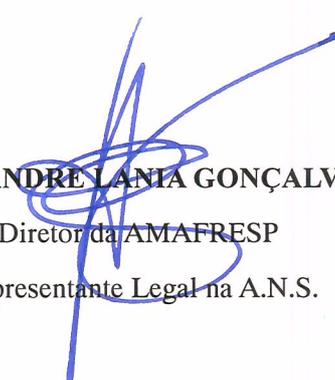
ARTIGO 3º - Não haverá redução de carência para parto a termo, normal ou cirúrgico, sob nenhuma hipótese, permanecendo inalterado o prazo original de 300 (trezentos) dias.

ARTIGO 4º - Nos termos da Resolução Normativa - RN nº 438, de 2022, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – A.N.S., ou suas alterações, estarão isentos de carências aqueles que se enquadrarem nos requisitos da Portabilidade.

ARTIGO 5º - Os casos que não se enquadrarem nesta Instrução Normativa, deverão cumprir as carências previstas no inciso II do artigo 17 do Regulamento da AMAFRESP.

ARTIGO 6º - Revoga-se a Instrução Normativa – IN nº 04 de 1º de agosto de 2013.

ARTIGO 7º - Esta Instrução Normativa, aprovada em Reunião de Diretoria Executiva, entrará em vigor em 1º de dezembro de 2024.


ALEXANDRE LANIA GONÇALVES

Diretor da AMAFRESP

Representante Legal na A.N.S.

INSTRUÇÃO NORMATIVA — IN Nº 17, de 01 de dezembro de 2024.

Dispõe sobre coberturas adicionais de vacinas para doenças infectocontagiosas.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso III do parágrafo 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 1º — Ficam definidas abaixo as vacinas para proteção contra as doenças infectocontagiosas, cobertas pelo Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP — AMAFRESP.

VACINA	CICLO VACINAL	IDADE DE COBERTURA
BCG-ID	Dose única	Ao nascer
DTPA TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 10 anos de idade Gestantes: 01 dose a cada gestação
DTPW TRÍPLICE BACTERIANA	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 10 anos de idade Gestantes: 01 dose a cada gestação
DT DUPLA BACTERIANA	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 18 anos de idade
ANTITETÂNICA	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 2 meses de idade
FEBRE AMARELA	—	Somente na rede pública
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	3 doses (2 meses / 4 meses e 6 meses de idade). Pode 4ª doses entre 12 e 18 meses de idade	2 meses a 5 anos de idade
HEPATITE A	2 doses com intervalo de 6 meses entre as doses	A partir de 1 anos de idade
HEPATITE B	3 doses (a depender da situação vacinal)	Todas idades
HEXAVALENTE (Difteria + Tétano + Coqueluche + Bactéria Haemophilus influenza tipo B + Polio + Hepatite B)	3 doses na ausência da PENTA ou 2 doses com 2 e 6 meses de idade caso tenha PENTA disponível	De 2 meses a 6 meses de idade
INFLUENZA (gripe)	Dose única, com exceção de crianças 6 meses a 8 anos de idade não vacinadas anteriormente: 2 doses com intervalo de 1 mês entre as doses, após, 1 dose/ano	A partir de 6 meses de idade

MENINGOCÓCICA ACWY/C	- Até 3 doses e 2 reforços a depender da idade e situação vacinal	- Maiores de 3 meses de idade
-	-	-
MENINGOCÓCICA B	- Até 3 doses e 1 reforço a depender da idade e situação vacinal	- A partir de 2 meses até 5 anos e 11 meses de idade
-	-	-
POLIOMIELITE ORAL (Vírus vivos atenuados)	- ==	- Somente rede pública
-	-	-
PNEUMOCÓCICA VPC10 (Vacina conjugada 10 – valente)	- ==	- Somente na rede pública
-	-	-
PNEUMOCÓCICA VPC 13 (Vacina conjugada 13 – valente)	- Até 4 doses para menores de 2 anos de idade / a partir de 2 anos de idade: dose única	- A partir de 2 meses de idade
-	-	-
PNEUMOCÓCICA VPP 23	- 2 doses com intervalo de 5 anos entre elas (intervalo mínimo de 6 meses antes ou após a VPC13)	- A partir de 60 anos de idade
-	-	-
ROTAVÍRUS PENTAVALENTE	- 3 doses	- De 2 meses a 6 meses de idade
-	-	-
TRÍPLICE VIRAL (Sarampo + Caxumba + Rubéola)	- A depender da situação vacinal	- 12 meses / adolescentes / adultos até 59 anos e 11 meses de idade
-	-	-
VARICELA (Catapora)	- 2 doses	- de 4 a 6 anos de idade / adultos até 59 anos e 11 meses

ARTIGO 2º – Excepcionalmente, por tempo indeterminado, a Amafresp subsidiará, por meio de reembolso de um valor fixo por dose ao filiado, a vacina contra Dengue (Qdenga®) e contra Herpes Zoster (SHINGRIX®).

§ 1º A cobertura das vacinas será baseada nas indicações de faixas etárias constantes nas bulas registradas na ANVISA, conforme a seguir:

- Herpes Zoster (SHINGRIX®): Adultos com 50 anos ou mais (duas doses).
- Dengue (Qdenga®): Indivíduos dos 4 aos 60 anos de idade (duas doses).

Obs.: não haverá cobertura para o subsídio de vacinas fora das faixas etárias acima definidas, salvo com justificativa médica, necessariamente.



§ 2º ~~As solicitações de reembolso devem ser encaminhadas para o e-mail: atendimento@afresp.org.br, acompanhadas da Nota Fiscal ou Recibo e dados da conta corrente para depósito.~~

§ 3º ~~A critério da regulação e auditoria médica da AMAFRESP, poderão ser solicitados comprovante de pagamento ou carimbo de quitação das notas fiscais apresentadas, bem como o pedido médico.~~

§ 4º ~~O valor do subsídio estabelecido no caput será de:~~

- ~~• Vacina contra a Dengue (Qdenga®): R\$ 185,00 (cento e oitenta e cinco reais) por dose~~
- ~~• Vacina contra Herpes Zoster (SHINGRIX®): R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por dose~~

ARTIGO 3º ~~Revoga-se a Instrução Normativa – IN Nº 14, de 07 de fevereiro de 2024.~~

ARTIGO 4º ~~Esta Instrução Normativa entrará em vigor em 01 de dezembro de 2024.~~



Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na A.N.S.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 18, de 01 de janeiro de 2025.

Dispõe sobre coberturas adicionais de vacinas para doenças infectocontagiosas.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso III do parágrafo 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 1º – Ficam definidas abaixo as vacinas para proteção contra as doenças infectocontagiosas, cobertas pelo Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP – AMAFRESP.

VACINA	- CICLO-VACINAL	- IDADE DE COBERTURA
BCG-ID	- Dose única	- Ao nascer
DTPA – TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR	- 1 dose de reforço a cada 10 anos	- A partir de 10 anos de idade Gestantes: 01 dose a cada gestação
DTPW – TRÍPLICE BACTERIANA	- 1 dose de reforço a cada 10 anos	- A partir de 10 anos de idade Gestantes: 01 dose a cada gestação
DT – DUPLA BACTERIANA	- 1 dose de reforço a cada 10 anos	- A partir de 18 anos de idade
ANTITETÂNICA	- 1 dose de reforço a cada 10 anos	- A partir de 2 meses de idade
FEBRE AMARELA	- —	- Somente na rede pública
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	- 3 doses (2 meses / 4 meses e 6 meses de idade). Pode 4ª doses entre 12 e 18 meses de idade	- 2 meses a 5 anos de idade
HEPATITE A	- 2 doses com intervalo de 6 meses entre as doses	- A partir de 1 anos de idade
HEPATITE B	- 3 doses (a depender da situação vacinal)	- Todas idades
HEXAVALENTE (Difteria + Tétano + Coqueluche + Bactéria Haemophilus influenza tipo B + Polio + Hepatite B)	- 3 doses na ausência da PENTA ou 2 doses com 2 e 6 meses de idade caso tenha PENTA disponível	- De 2 meses a 6 meses de idade

INFLUENZA (gripe)	Dose única, com exceção de crianças 6 meses a 8 anos de idade — não — vacinadas anteriormente: 2 doses com intervalo de 1 mês entre as doses, após, 1 dose/ano	A partir de 6 meses de idade
MENINGOCÓCICA ACWY/C	Até 3 doses e 2 reforços a depender da idade e situação vacinal	Maiores de 3 meses de idade
MENINGOCÓCICA B	Até 3 doses e 1 reforço a depender da idade e situação vacinal	A partir de 2 meses até 5 anos e 11 meses de idade
POLIOMIELITE ORAL (Vírus vivos atenuados)	==	Somente rede pública
PNEUMOCÓCICA VPC10 (Vacina conjugada 10 valente)	==	Somente na rede pública
PNEUMOCÓCICA VPC 13 (Vacina conjugada 13 valente)	Até 4 doses para menores de 2 anos de idade / a partir de 2 anos de idade: dose única	A partir de 2 meses de idade
PNEUMOCÓCICA 15	3 doses até 6 meses de idade, com um reforço entre 11 e 17 anos / dose única para maiores de 60 anos de idade	A partir de 6 semanas até 17 anos de idade e maiores de 60 anos
PNEUMOCÓCICA 20	1 dose até 2 meses de idade, com 1 dose de reforço após 2 meses da aplicação e a 3ª dose entre 11 e 15 meses / dose única para maiores de 60 anos de idade	A partir de 6 semanas até 17 anos de idade e maiores de 60 anos de idade
PNEUMOCÓCICA VPP 23	2 doses com intervalo de 5 anos entre elas (intervalo mínimo de 6 meses antes ou após a VPC13)	A partir de 60 anos de idade
ROTAVÍRUS PENTAVALENTE	3 doses	De 2 meses a 6 meses de idade

TRÍPLICE VIRAL (Sarampo + Caxumba + Rubéola)	A depender da situação vacinal	12 meses / adolescentes / adultos até 59 anos e 11 meses de idade
VARICELA (Catapora)	2 doses	de 4 a 6 anos de idade / adultos até 59 anos e 11 meses

~~ARTIGO 2º - Excepcionalmente, por tempo indeterminado, a Amafresp subsidiará, por meio de reembolso de um valor fixo por dose ao filiado, a vacina contra Dengue (Qdenga®) e contra Herpes Zoster (SHINGRIX®).~~

~~§ 1º A cobertura das vacinas será baseada nas indicações de faixas etárias constantes nas bulas registradas na ANVISA, conforme a seguir:~~

- ~~• Herpes Zoster (SHINGRIX®): Adultos com 50 anos ou mais (duas doses).~~
- ~~• Dengue (Qdenga®): Indivíduos dos 4 aos 60 anos de idade (duas doses).~~

~~Obs.: não haverá cobertura para o subsídio de vacinas fora das faixas etárias acima definidas, salvo com justificativa médica, necessariamente.~~

~~§ 2º As solicitações de reembolso devem ser encaminhadas para o e-mail: atendimento@afresp.org.br, acompanhados da Nota Fiscal ou Recibo e dados da conta corrente para depósito.~~

~~§ 3º A critério da regulação e auditoria médica da AMAFRESP, poderão ser solicitados comprovante de pagamento ou carimbo de quitação das notas fiscais apresentadas, bem como o pedido médico.~~

~~§ 4º O valor do subsídio estabelecido no caput será de:~~

- ~~• Vacina contra a Dengue (Qdenga®): R\$ 185,00 (cento e oitenta e cinco reais) por dose~~
- ~~• Vacina contra Herpes Zoster (SHINGRIX®): R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por dose~~

~~ARTIGO 3º - Revoga-se a Instrução Normativa - IN Nº 17, de 01 de dezembro de 2024.~~

~~ARTIGO 4º - Esta Instrução Normativa entrará em vigor em **01 de janeiro de 2025**.~~

Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na ANS



INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 19, de 01 de abril de 2025.

Dispõe sobre coberturas adicionais de vacinas para doenças infectocontagiosas.

A Diretoria da AMAFRESP, em vista do que dispõe o inciso III do parágrafo 2º do artigo 2º do Regulamento da AMAFRESP, resolve:

ARTIGO 1º - Ficam definidas abaixo as vacinas para proteção contra as doenças infectocontagiosas, cobertas pelo Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP – AMAFRESP.

VACINA	CICLO VACINAL	IDADE DE COBERTURA
BCG ID	Dose única	Ao nascer
DTPA - TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 10 anos de idade Gestantes: 01 dose a cada gestação
DTPW – TRÍPLICE BACTERIANA	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 10 anos de idade Gestantes: 01 dose a cada gestação
DT – DUPLA BACTERIANA	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 18 anos de idade
ANTITETÂNICA	1 dose de reforço a cada 10 anos	A partir de 2 meses de idade
FEBRE AMARELA	—	Somente na rede pública
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	3 doses (2 meses / 4 meses e 6 meses de idade). Pode 4ª doses entre 12 e 18 meses de idade	2 meses a 5 anos de idade
HEPATITE A	2 doses com intervalo de 6 meses entre as doses	A partir de 1 anos de idade
HEPATITE B	3 doses (a depender da situação vacinal)	Todas idades
HEXAVALENTE (Difteria + Tétano + Coqueluche + Bactéria Haemophilus influenza tipo B + Polio + Hepatite B)	3 doses na ausência da PENTA ou 2 doses com 2 e 6 meses de idade caso tenha PENTA disponível	De 2 meses a 6 meses de idade



INFLUENZA (gripe)	Dose única, com exceção de crianças 6 meses a 8 anos de idade não vacinadas anteriormente: 2 doses com intervalo de 1 mês entre as doses, após, 1 dose/ano	A partir de 6 meses de idade
MENINGOCÓCICA ACWY/C	Até 3 doses e 2 reforços a depender da idade e situação vacinal	Maiores de 3 meses de idade
MENINGOCÓCICA B	Até 3 doses e 1 reforço a depender da idade e situação vacinal	A partir de 2 meses até 5 anos e 11 meses de idade
POLIOMIELITE ORAL (Vírus vivos atenuados)	—	Somente rede pública
PNEUMOCÓCICA VPC10 (Vacina conjugada 10 - valente)	—	Somente na rede pública
PNEUMOCÓCICA VPC 13 (Vacina conjugada 13 - valente)	Até 4 doses para menores de 2 anos de idade / a partir de 2 anos de idade: dose única	A partir de 2 meses de idade
PNEUMOCÓCICA 15	3 doses até 6 meses de idade, com um reforço entre 11 e 17 anos / dose única para maiores de 60 anos de idade	A partir de 6 semanas até 17 anos de idade e maiores de 60 anos
PNEUMOCÓCICA 20	1 dose até 2 meses de idade, com 1 dose de reforço após 2 meses da aplicação e a 3ª dose entre 11 e 15 meses / dose única para maiores de 60 anos de idade	A partir de 6 semanas até 17 anos de idade e maiores de 60 anos de idade
PNEUMOCÓCICA VPP 23	2 doses com intervalo de 5 anos entre elas (intervalo mínimo de 6 meses antes ou após a VPC13)	A partir de 60 anos de idade
ROTAVÍRUS PENTAVALENTE	3 doses	De 2 meses a 6 meses de idade



TRÍPLICE VIRAL (Sarampo + Caxumba + Rubéola)	A depender da situação vacinal	12 meses / adolescentes / adultos até 59 anos e 11 meses de idade
VARICELA (Catapora)	2 doses	de 4 a 6 anos de idade / adultos até 59 anos e 11 meses
PALIVIZUMABE (Vírus Sincicial Respiratório - VSR)	Até 5 doses mensais consecutivas, dentro do período sazonal, conforme DUT da ANS	Crianças prematuras nascidas com idade gestacional igual ou inferior a 28 semanas, com idade inferior a 1 ano de idade / crianças com idade inferior a 2 anos com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) / crianças com idade inferior a 2 anos com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada
NIRSEVIMABE (Vírus Sincicial Respiratório - VSR)	Dose Única	Crianças prematuras nascidas com idade gestacional inferior a 37 semanas, com idade inferior a 1 ano entrando ou durante sua primeira temporada do VSR / crianças com idade inferior a 2 anos com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) / crianças com idade inferior a 2 anos com doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada

ARTIGO 2º - Excepcionalmente, por tempo indeterminado, a Amafresp subsidiará, por meio de reembolso de um valor fixo por dose ao filiado, a vacina contra Dengue (Qdenga®) e contra Herpes Zoster (SHINGRIX®).

§ 1º A cobertura das vacinas será baseada nas indicações de faixas etárias constantes nas bulas registradas na ANVISA, conforme a seguir:

- Herpes Zoster (SHINGRIX®): Adultos com 50 anos ou mais (duas doses).
- Dengue (Qdenga®): Indivíduos dos 4 aos 60 anos de idade (duas doses).

Obs.: não haverá cobertura para o subsídio de vacinas fora das faixas etárias acima definidas, salvo com justificativa médica, necessariamente.



§ 2º As solicitações de reembolso devem ser encaminhadas para o e-mail: atendimento@afresp.org.br, acompanhados da Nota Fiscal ou Recibo e dados da conta corrente para depósito.

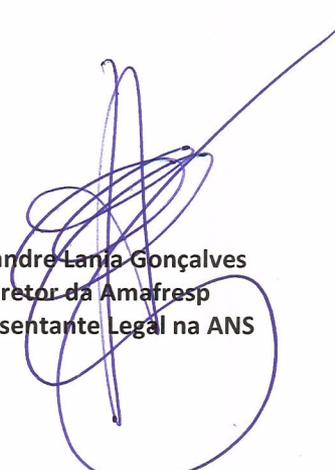
§ 3º A critério da regulação e auditoria médica da AMAFRESP, poderão ser solicitados comprovante de pagamento ou carimbo de quitação das notas fiscais apresentadas, bem como o pedido médico.

§ 4º O valor do subsídio estabelecido no caput será de:

- Vacina contra a Dengue (Qdenga®): R\$ 185,00 (cento e oitenta e cinco reais) por dose
- Vacina contra Herpes Zoster (SHINGRIX®): R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por dose

ARTIGO 3º - Revoga-se a Instrução Normativa – IN Nº 18, de 01 de janeiro de 2025.

ARTIGO 4º - Esta Instrução Normativa, a partir da data de sua publicação, possui vigência retroativa a 03 de fevereiro de 2025.



Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na ANS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 01 DE SETEMBRO DE 2025.

Dispõe sobre a franquia para utilização do Pronto Socorro e internação nos hospitais credenciados na Amafresp.

A Diretoria da AMAFRESP, no uso das atribuições conferidas pelos parágrafos 4º e 5º, do art. 4º do Regulamento Amafresp, aprovado pelo Conselho Deliberativo da Afresp, que dispõem sobre a instituição de franquias no uso dos serviços hospitalares, resolve:

ARTIGO 1º - Fica estabelecido o pagamento de franquia pelos filiados da Administração do Serviço de Assistência à Saúde da AFRESP - AMAFRESP, quando da utilização dos serviços médico-hospitalares.

I - PRONTO SOCORRO

Franquia correspondente ao valor de 03 (três) cotas por atendimento pela utilização dos serviços da Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio Libanês.

II - INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

A franquia relativa a internação hospitalar será aplicada pela utilização dos serviços das entidades hospitalares abaixo relacionadas de acordo com as cotas a seguir:

Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio Libanês	30 cotas
Hospital BP Mirante	20 cotas
Hospital das Clínicas	10 cotas
Hospital Infantil Sabará	05 cotas
INCÓR	10 cotas
Hospital Novo Atibaia – Rede D’Or	01 cota
Hospital Santa Isabel (São Paulo)	01 cotas
IFOR	01 cota
Hospital Villa Lobos	01 cota
Hospital Bartira	01 cota
Hospital São Luiz Guarulhos	01 cota
Hospital Orthoservice	01 cota

ARTIGO 2º - As franquias para os Hospitais mencionados acima seguirão as seguintes regras para vigência:



- I. Franquias aumentadas nesta Instrução Normativa entrarão em vigor 90 dias após a publicação desta IN.
- II. Franquias reduzidas nesta Instrução Normativa entrarão em vigor imediatamente com a publicação desta IN.
- III. Hospitais com franquias incluídas nesta Instrução Normativa entrarão em vigor 90 dias após a publicação desta IN.
 - a. Excetua-se desta regra o Hospital São Luiz Guarulhos que terá sua franquia vigente a partir do momento de seu efetivo credenciamento.
- IV. Franquias inalteradas nesta Instrução Normativa permanecerão em vigor conforme determinado na IN anterior.

ARTIGO 3º - Nos casos em que o custo total da utilização de Pronto-Socorro ou o custo total da internação for inferior ao dobro dos valores das franquias estabelecidas nos incisos I e II do artigo 1º, será concedido um desconto ao associado.

Parágrafo Único – O desconto estabelecido no caput a título de franquia será concedido de forma que o valor total devido corresponda a metade do custo total do respectivo atendimento prestado.

ARTIGO 4º - No prazo de até 10 (dez) dias da alta hospitalar com cobrança de franquia e havendo a necessidade de nova internação, na mesma entidade hospitalar, pela mesma patologia/diagnóstico, não haverá cobrança de nova franquia. Após esse período, a cobrança se dará na forma dos artigos 1º e 3º desta Instrução Normativa.

ARTIGO 5º - A cobrança de franquia pela utilização de Pronto-Socorro somente será considerada caso o atendimento não evolua para internação. Caso haja evolução, será considerada somente a franquia da internação.

ARTIGO 6º - O valor unitário da cota estabelecida nos incisos I e II do artigo 1º terá como referência o valor da cota na data inicial do atendimento, conforme dispõe o parágrafo 6º do artigo 4º do Regulamento Amafresp.

ARTIGO 7º - Não haverá a implementação de franquia quando houver o preenchimento de todos os seguintes requisitos:

- a) o médico responsável pelo atendimento ser credenciado direto da Operadora;
- b) se tratar de profissional referência na sua especialidade e indicado pela Amafresp para atuar em determinado hospital.

Parágrafo primeiro - Para fins do disposto no caput, a relação de médicos referenciados e os hospitais que atuarão sem a incidência de franquia serão definidos através de Portaria aprovada pela área técnica da Amafresp e disponibilizada no *site* e no aplicativo do plano de saúde,

devendo ser consultados pelo Associado quando da época do evento.

Parágrafo Segundo - A ausência de consulta prévia poderá implicar na aplicação de franquia, caso não sejam atendidos os critérios estabelecidos neste artigo.

ARTIGO 8º - Revoga-se a Instrução Normativa – IN Nº. 12, de 24 de janeiro de 2023.

ARTIGO 9º - Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação, respeitando as regras para vigência de franquias determinadas no artigo 2º.



Alexandre Lania Gonçalves
Diretor da Amafresp
Representante Legal na A.N.S.