

**PLANO DE MÚTUO AUXÍLIO FINANCEIRO PARA ASSISTÊNCIA
MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

AFISVEC-SAÚDE

REGULAMENTO

Criado pela Assembleia Geral Extraordinária da AFISVEC de 28.08.1992 - Ata nº 89

Conselho de Administração (gestão 2025/2028)

Efetivos

- Eduardo Jaeger – Presidente (gestão: julho/2024 a junho/2026)
- Adalberto Cedar Kuczynski – Diretor de Previdência (gestão: julho/2024 a junho/2026)
- Abel Henrique Ferreira
- Ilo Vile Coutinho
- Mario Luiz Nascimento Da Silva
- Miguel Cristiano Rech dos Santos
- Paulo Ricardo Saldanha Guaragna
- Valdir Luiz Hickmann

Suplentes

- Antonio Ubirajara da Silva Oliveira
- Gilmar Antonio Hickmann

ÍNDICE

Capítulo I	Da Assistência	03
Capítulo II	Da Filiação	07
Capítulo III	Da Assembleia Geral	09
Capítulo IV	Dos Convênios	10
Capítulo V	Do Sistema de Quotas	11
Capítulo VI	Do Movimento Financeiro	12
Capítulo VII	Do Reembolso das Despesas	13
Capítulo VIII	Da Administração	14
Capítulo IX	Da Eleição	15
Capítulo X	Das Disposições Gerais e Transitórias	15
Anexo I	Quadro de Doenças de Notificação Compulsória	17

**PLANO DE MÚTUO AUXÍLIO FINANCEIRO PARA ASSISTÊNCIA
MÉDICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

**CAPÍTULO I
DA ASSISTÊNCIA**

Art. 1º – A Associação dos Fiscais de Tributos Estaduais do Rio Grande do Sul – AFISVEC, operadora registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 38263-9, com base no artigo 5º, inciso II, do Estatuto Social coordenará o PLANO DE MÚTUO-AUXÍLIO FINANCEIRO, para assistência médica, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, complementar à assistência do IPE-SAÚDE, denominado AFISVEC-SAÚDE, com registro na ANS sob nº 428456999, com abrangência estadual.

§ 1º – O PLANO referido no “caput”, que se caracteriza na forma de autogestão, sem finalidade lucrativa, como PLANO coletivo por adesão, com cobertura assistencial em regime ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, em todas as especialidades médicas, conforme a Lei 9656/98, será compartilhado entre os beneficiários inscritos no PLANO, por meio de rateio das despesas dos atendimentos prestados pela rede credenciada no território deste estado e ressarcimentos de despesas, na forma e nas condições estabelecidas neste Regulamento.

§ 2º – A assistência referida no “caput” tem como base os procedimentos definidos como obrigatórios no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigentes à época do evento, relacionados às doenças classificadas no CID-10, às especialidades do Conselho Federal de Medicina, e compreendem todos os procedimentos, valores, índices e referências contidos nas Tabelas (da TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar; da CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos; do BRASÍNDICE - Guia Brasileiro de Preços de Medicamentos e Materiais Hospitalares e da SIMPRO – Informações e Soluções em Saúde), referidos neste Regulamento como “Tabelas do PLANO”.

§ 3º – Os valores correspondentes da assistência prestada pelo IPE-SAÚDE, são os deliberados pelo próprio instituto.

§ 4º – Para os procedimentos utilizados na assistência à saúde não constantes no Rol de Procedimentos Médicos editado pela ANS, mas reconhecidos pelo CFM – Conselho Federal de Medicina, será reembolsado em até 60% (sessenta por cento) do valor pago pelo atendimento, mediante parecer do médico-auditor, excetuando-se os constantes no parágrafo 3º do artigo 2º deste Regulamento.

§ 5º – Não se aplicam as Tabelas do PLANO referidas nos parágrafos 2º e 4º nos seguintes casos:

I – honorários médicos nas consultas e visitas hospitalares, cujos valores serão fixados pelo Conselho de Administração;

II – sessão de escleroterapia de veias (código TUSS 3.09.07.06-3) que será até o dobro do praticado pelo PLANO;

III – fornecimento de oxigênio medicinal para tratamento domiciliar, que será reembolsado o correspondente até 60% (sessenta por cento) do valor pago;

IV – vacinas para prevenção de doenças infecto-contagiosas e gripe, que serão reembolsadas até 60% (sessenta por cento) do valor pago;

§ 6º – As despesas hospitalares (diárias, taxas e serviços) serão as fixadas nos contratos celebrados entre o PLANO e o estabelecimento credenciado.

§ 7º – O reembolso das despesas hospitalares, cobradas por hospitais e clínicas não credenciados, terão como valores máximos os fixados pelo Conselho de Administração, em sintonia com os valores praticados pelo PLANO.

§ 8º – Para efeitos deste Regulamento, considera-se:

I – Mutuário-associado: o associado-fundador ou associado-efetivo da AFISVEC inscrito no PLANO, com direito de votar e ser votado;

II – Mutuário-participante: o terceiro, associado-vinculado da AFISVEC, sem direito a votar e ser votado.

Art. 2º – A assistência médica, hospitalar e laboratorial referida neste Regulamento fica sujeita às seguintes limitações, por ano-calendário e por pessoa, observado o disposto no § 2º do artigo 17.

I – consultas médicas:

a) consultas médicas com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 48 (quarenta e oito);

b) consultas médicas com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 24 (vinte e quatro);

II – consultas/sessões:

a) de fonoaudiologia:

1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 48 (quarenta e oito);

2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 24 (vinte e quatro);

b) de psicologia:

1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 48 (quarenta e oito);

2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 24 (vinte e quatro);

c) psiquiatria:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 48 (quarenta e oito);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 24 (vinte e quatro);

d) nutricionista:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 24 (vinte e quatro);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 12 (doze);

e) terapia ocupacional:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 24 (vinte e quatro);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 12 (doze).

I – Sessões:

a) de escleroterapia de varizes:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 36 (trinta e seis);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 18 (dezoito);

b) de fisioterapia, quando não decorrente de acidente ou reabilitação pós-operatória:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 60 (sessenta);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 30 (trinta);

c) de acupuntura:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 60 (sessenta);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 30 (trinta);

d) de massoterapia e pilates:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 60 (sessenta);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 30 (trinta);

II – Exames:

a) medicina nuclear:

- 1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 10 (dez);
- 2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 05 (cinco);

b) ressonância magnética:

1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 10 (dez);

2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 05 (cinco);

c) tomografia computadorizada:

1 – com profissionais/entidades conveniados com o PLANO: 10 (dez);

2 – com profissionais/entidades particulares, não enquadrados na alínea anterior: 05 (cinco);

III – Diárias:

a) diárias de hospitalização em apartamento individual, com direito a acompanhante: 60 (sessenta);

b) diárias de CTI/UTI: 24 (vinte e quatro);

c) diárias em hospital ou clínica psiquiátrico, em apartamento individual: 60 (sessenta);

IV – Visitas Hospitalares:

a) internações em apartamento: até 60 (sessenta), limitado a 1 (uma) visita médica diária, por especialidade;

b) internações em CTI/UTI: até 48 (quarenta e oito), limitado a 2 (duas) visitas médicas diárias, por especialidade.

§ 1º – Os limites previstos nos incisos I a VI não se aplicam aos atendimentos realizados pelo IPE-SAÚDE.

§ 2º – Ultrapassados os limites previstos nos incisos I e II a cobertura do Plano será de até 50% (cinquenta por cento) do valor previsto no artigo 1º, parágrafo 5º, inciso I.

§ 3º – Ultrapassados os limites previstos nos incisos III, IV, V e VI deste artigo a cobertura, desde que o parecer do médico-auditor do PLANO concorde com as razões técnicas do pedido, será de até 50% (cinquenta por cento) do valor previsto no artigo 1º, parágrafo 2º.

§ 4º – Os exames previstos nas alíneas “a”, “b” e “c” do inciso IV e as diárias previstas nas alíneas “a”, “b” e “c” do inciso V deverão ser previamente autorizados pelo PLANO.

§ 5º – Excluem-se da assistência médica, hospitalar e laboratorial referida neste Regulamento:

1 – casos clínicos que se encontrem em curso no momento da inscrição no PLANO;

2 – cirurgia não ética;

3 – cirurgia plástica, de estética ou reparadora, que não decorra de acidente, neoplasia ou de outra cirurgia não estética, assim como as despesas hospitalares e serviços correspondentes;

- 4 – internação e tratamento de doenças infecto-contagiosas de natureza epidêmica ou de notificação compulsória, conforme Anexo I deste Regulamento;
- 5 – cosmetologia, epilação (implante de cabelo);
- 6 – implante ou transplante de órgãos, admitidos, porém, casos especiais, por prescrição médica e com aprovação do Conselho de Administração;
- 7 – aquisição de órteses e próteses, interna ou externa, não ligadas ao ato cirúrgico;
- 8 – atendimento domiciliar e enfermagem particular;
- 9 – condicionamento físico, tratamentos em clínicas de repouso ou em estâncias hidrominerais;
- 10 – medicamentos importados não nacionalizados e medicamentos não constantes de fatura hospitalar, exceto em casos de quimioterapia, com reembolso de parte proporcional conforme deliberação prévia do Conselho de Administração do PLANO;
- 11 – tratamento dentário e serviços vinculados, exceto se executados pelo serviço próprio, ou por odontólogos credenciados em convênio, ou ainda, em caso de acidente;
- 12 – remoção de paciente, exceto por via terrestre, se atestada pelo médico a impossibilidade de locomoção;
- 13 – hemodiálises, excetuadas as decorrentes da cirurgia, enquanto o paciente estiver internado;
- 14 – internamentos em clínicas geriátricas.

CAPÍTULO II

DA FILIAÇÃO

Art. 3º – Terão direito a se inscrever no PLANO todos os associados da AFISVEC.

Art. 4º – A qualquer tempo o mutuário poderá inscrever no PLANO, dependentes até o 4º (quarto) grau de parentesco consanguíneo, até o 2º (segundo) grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos mutuários, garantindo-se o direito de permanecerem no PLANO outros dependentes já inscritos até 08.08.2001.

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

§ 2º – Para a inscrição é obrigatória a declaração escrita do mutuário sobre o seu estado de saúde e de seus dependentes.

§ 3º – Ao Conselho de Administração caberá a homologação da inscrição do mutuário e de seus dependentes, com parecer do médico-auditor.

Art. 5º – O mutuário é responsável pela totalidade das obrigações financeiras decorrentes deste Regulamento e resultantes de serviços prestados a ele e a seus dependentes.

§ 1º – O mutuário terá suspenso o direito à assistência médica, hospitalar e ambulatorial, objeto deste Regulamento, quando deixar de cumprir qualquer obrigação financeira pertinente ao PLANO e será excluído se não regularizar sua situação no prazo de 90 dias.

§ 2º – O exposto no parágrafo 1º atinge também os dependentes.

Art. 6º – O mutuário será excluído do PLANO nas seguintes hipóteses:

I – por sua própria vontade, mediante comunicação prévia por escrito;

II – por fraude ou dolo;

III – por omissão de informações ou tentativa de obter vantagem indevida, por qualquer meio;

IV – por embaraço a qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos interesses do PLANO;

V – por eliminação do quadro associativo da AFISVEC;

VI – no caso previsto no parágrafo 1º do artigo 5º;

VII – por falecimento.

§ 1º – Nas hipóteses dos incisos II, III, IV, V e VI deste artigo a penalidade atingirá inclusive seus dependentes.

§ 2º – A exclusão implicará nas exigências de pagamento, com custo corrigido, a título de indenização ao PLANO, dos serviços utilizados nos últimos 12 (doze) meses, excetuadas as hipóteses do inciso I, desde que o mutuário e seus dependentes estejam no PLANO há mais de 24 (vinte e quatro) meses e que não tenham se submetido à intervenção cirúrgica nos últimos 12 (doze) meses, e do inciso VII.

§ 3º – O valor referido no parágrafo anterior será calculado pela seguinte fórmula: Despesa Total Efetuada corrigida monetariamente, menos Pagamentos Efetuados corrigidos monetariamente (=) Indenização.

§ 4º – O mutuário-associado que se afastar temporariamente do serviço público estadual poderá continuar como integrante do PLANO, desde que atenda às exigências estipuladas neste Regulamento.

Art. 7º – No caso de falecimento do mutuário-associado do PLANO, o cônjuge supérstite, assume o lugar do titular, e, se compromete a cumprir as disposições deste Regulamento, exceto nas situações em que solicitar o seu desligamento.

§ 1º- Ocorrendo o falecimento do mutuário-associado e do respectivo cônjuge, os dependentes inscritos poderão assumir a condição de titular, devendo manifestar interesse no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de falecimento dos titulares;

§ 2º- Os dependentes inscritos terão direito de usufruir do auxílio prestado pelo PLANO, pelo prazo de 30 (trinta) dias, independente do pagamento do valor da quota, para sua manifestação de interesse referida no parágrafo anterior.

Art. 8º – Por ocasião do ingresso no PLANO, para fins de formação de Reserva, será cobrada Taxa de Inscrição, do mutuário e de cada dependente, no valor fixado pelo Conselho de Administração.

Parágrafo único – No caso de reintegração, haverá dispensa da Taxa de Inscrição.

Art. 9º – O mutuário e seus dependentes farão jus a ao auxílio especificado neste Regulamento, desde que em dia com suas obrigações, após cumpridos os seguintes períodos de carência, contados da data da inscrição:

I – atendimento de Urgência/Emergência: 24 (vinte e quatro) horas;

II – consultas médicas, exames e radiografias de apoio ao diagnóstico: 60 (sessenta) dias;

III – cirurgias, internações clínicas ou hospitalares, exceto quando decorrentes de acidentes: 120 (cento e vinte) dias.

IV - parto normal ou operatório: 300 (trezentos) dias, exceto prematuro.

Parágrafo único – Os períodos de carência previstos nos incisos II e III, não se aplicam:

a) ao recém-nascido, se inscrito até 30 (trinta) dias após o nascimento. Caso essa inscrição não se efetivar, as despesas decorrentes serão de exclusiva responsabilidade do mutuário;

b) ao beneficiário proveniente de outro Plano, registrado na ANS, desde que apresente comprovante de que se encontra em dia com suas obrigações com o Plano de origem e desde que tenha cumprido período de carência igual ou superior ao exigido nos incisos II e III deste artigo.

CAPÍTULO III

DA ASSEMBLEIA GERAL

Art. 10 A Assembleia Geral é a reunião dos mutuários associados, convocada e instalada na forma deste Regulamento, podendo ser realizada de forma híbrida (presencial e/ou virtual), a fim de deliberar sobre assuntos de interesse do PLANO, observado o seguinte:

I– será convocada pelo Conselho de Administração, através de circular encaminhada aos mutuários-associados;

II– será instalada com, no mínimo, 10% (dez por cento) dos mutuários-associados, em primeira convocação, e 5% (cinco por cento), após 30 (trinta) minutos, em segunda convocação, os quais deverão assinar o livro de presenças;

III– a mesa será formada por um Presidente e um Secretário escolhidos entre os presentes;

IV– os trabalhos serão registrados em ata lavrada em livro próprio, que será assinada pelos componentes da Mesa, cuja cópia será enviada a todos os mutuários.

§ 1º – O mutuário-associado poderá ser representado por outro mutuário-associado, mediante procuração para a referida Assembleia.

§ 2º – O procurador poderá representar até 03 (três) mutuários-associados.

§ 3º – A Assembleia Geral, também, poderá ser convocada por solicitação de 1/5 (um quinto) dos mutuários-associados.

§ 4º – A Assembleia Geral será convocada com antecedência de no mínimo 08 (oito) dias.

Art. 11 – A Assembleia Geral deliberará por maioria simples de votos.

Art. 12 – A Assembleia Geral reunir-se-á, preferencialmente na sede administrativa da AFISVEC:

I – de forma ordinária, anualmente, no mês de outubro para:

- a) deliberar sobre as contas do exercício;
- b) avaliar a situação econômica/financeira;
- c) examinar e deliberar sobre assuntos gerais;

II – de forma ordinária, de três em três anos, no mês de outubro, para eleger o Conselho de Administração;

III - de forma extraordinária, em qualquer tempo, para:

- a) alterar dispositivos deste Regulamento, por proposição do Conselho de Administração;
- b) tratar de assuntos relevantes.

Parágrafo único – A respectiva documentação das demonstrações contábeis estará à disposição dos mutuários-associados, para análise e esclarecimentos, no período de 08 (oito) dias anteriores à Assembleia Geral prevista no inciso I.

CAPÍTULO IV

DOS CONVÊNIOS

Art. 13 – A AFISVEC, mediante parecer favorável do Conselho de Administração do PLANO, celebrará convênios com entidades médicas, hospitalares e laboratoriais, para atendimento aos participantes do PLANO, objetivando prestação de serviços adequados e com custos especiais, e convênios com entidades de outros Estados, filiadas a FEBRAFITE, que possuam PLANOS DE SAÚDE, para atendimento recíproco da prestação de serviços previstos no artigo 1º.

Parágrafo único – Os convênios serão firmados pelo Presidente da AFISVEC.

Art. 14 – Os convênios poderão ser denunciados unilateralmente pela AFISVEC, por solicitação do Conselho de Administração do PLANO, com a devida comunicação à Entidade conveniada.

CAPÍTULO V

DO SISTEMA DE QUOTAS

Art. 15 – As despesas decorrentes da assistência médica, hospitalar e laboratorial prestada nos termos deste Regulamento serão rateadas mensalmente entre todos os participantes do PLANO, na proporção das respectivas quotas, de acordo com o artigo 16.

§ 1º – Às despesas referidas no “caput” serão acrescidas a Taxa de Administração e todas as demais despesas operacionais.

§ 2º – A Taxa de Administração será estabelecida, semestralmente, de comum acordo entre o Conselho de Administração e a Diretoria da AFISVEC.

Art. 16 – As quotas serão atribuídas ao mutuário, de acordo com a sua idade e de seus dependentes, por pessoa, como segue:

I – de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos – 1 (um inteiro) quota;

II – de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos – 1,05 (um inteiro e cinco centésimos)

quotas;

III – de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos – 1,15 (um inteiro e 15 centésimos)

quotas;

IV – de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos – 1,3 (um inteiro e três décimos) quotas;

V – de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos – 1,5 (um inteiro e cinco décimos)

quotas;

VI – de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos – 1,9 (um inteiro e nove décimos) quotas;

VII – de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos – 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) quotas;

VIII – de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos – 3,3 (três inteiros e três décimos) quotas;

IX – de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos – 4,35 (quatro inteiros e 35 centésimos) quotas;

X – de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais – 6,00 (seis inteiros) quotas.

Parágrafo único – Sempre que ocorrer mudança na faixa etária das pessoas referidas no “caput”, o respectivo número de quotas será reajustado automaticamente, a partir do mês subsequente.

CAPÍTULO VI

DO MOVIMENTO FINANCEIRO

Art. 17 – O mutuário se obriga a pagar:

I – a Taxa de Inscrição, de conformidade com o disposto no artigo 8º;

II – o valor do rateio mensal, na proporção de suas quotas;

III – o valor da despesa de sua responsabilidade e que exceder limites previstos neste Regulamento;

IV – O valor de contribuição especial mensal, fixado em Assembleia Geral, para recompor a Reserva do PLANO, quando necessário.

§ 1º- Os participantes inscritos no PLANO que não utilizarem os serviços do IPE-SAÚDE suportarão 40% (quarenta por cento) do valor das despesas, de acordo com as Tabelas do Plano.

§ 2º- Os valores referidos no § 1º deste artigo não são devidos nas 12 primeiras consultas médicas de cada mutuário, por ano civil.

Art. 18 – O pagamento das despesas relativas aos serviços médicos, hospitalares e laboratoriais prestados será efetuado diretamente pela AFISVEC, com o correspondente rateio entre os mutuários do PLANO, de acordo com o artigo 15 deste Regulamento.

Parágrafo único – Os pagamentos referidos no caput não exime o mutuário da responsabilidade estabelecida no parágrafo único do artigo 17.

Art. 19 – A cobrança dos valores referidos no artigo 17, de responsabilidade do mutuário, será feita a critério da AFISVEC:

I – mediante débito em conta;

II – na tesouraria da AFISVEC;

III – através de desconto em folha.

Parágrafo único – O não pagamento no prazo de vencimento determinará a cobrança de multa correspondente a 2% (dois por cento) do valor devido, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e atualização do débito original de acordo com índice oficial da inflação.

Art. 20 – As notificações correspondentes a valores excedentes às limitações previstas neste Regulamento serão encaminhadas aos mutuários para conhecimento.

§ 1º – Eventual impugnação do valor cobrado deverá ser apresentada, por escrito, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, contados da data da notificação, não ocorrendo, nessa hipótese, os efeitos previstos no parágrafo único do artigo 19.

§ 2º – 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.

Art. 21 – Fica constituída a Reserva do PLANO, com valores recebidos a título de:

- I – Taxa de Inscrição a que se refere o artigo 8º;
- II – indenização a que se refere o § 2º do artigo 6º;
- III – acréscimos financeiros e rendimentos das aplicações;
- IV – doações;
- V – contribuição especial mensal, fixada em Assembleia Geral;
- VI – outras receitas.

Parágrafo único – Quando o valor da Reserva do PLANO for igual ou inferior ao somatório das despesas rateadas, considerando os 06 (seis) meses antecedentes ao mês da apuração da quota mensal, deverá ser convocada Assembleia Geral, para estabelecimento do previsto no inciso V.

Art. 22 – Fica vedada a utilização da Reserva para fins estranhos aos serviços previstos neste Regulamento.

§ 1º – A utilização da Reserva será feita somente mediante deliberação do Conselho de Administração.

§ 2º – Os recursos consignados à Reserva serão contabilizados em conta especial, com os devidos rendimentos financeiros.

CAPÍTULO VII

DO REEMBOLSO DAS DESPESAS

Art. 23 – Serão reembolsados, na forma e dentro das limitações previstas neste Regulamento, os gastos efetuados pelos beneficiários em território nacional.

§ 1º – O pedido de reembolso deverá ser encaminhado ao PLANO instruído com os originais dos documentos comprobatórios, rubricados pelo beneficiário.

§ 2º – O prazo para o pedido de reembolso será de até 180 (cento e oitenta) dias da data do documento, não havendo, todavia, a atualização monetária dos respectivos valores.

§ 3º – Para que não ocorram conflitos tributários, as despesas do exercício anterior, respeitado o prazo estabelecido no parágrafo segundo, deverão ser apresentadas até o dia 15 (quinze) de fevereiro do exercício corrente.

CAPÍTULO VIII

DA ADMINISTRAÇÃO

Art. 24 – O PLANO será administrado por um Conselho de Administração.

Art. 25 – O Conselho de Administração será composto:

I – pelo Presidente e pelo Diretor de Previdência da AFISVEC;

II – por 06 (seis) Conselheiros efetivos e 02 (dois) suplentes, eleitos entre os mutuários-associados do PLANO, em Assembleia Geral, com mandato de três anos, permitida a reeleição.

§ 1º - Somente poderão ser eleitos para o Conselho de Administração mutuários-associados inscritos no PLANO há, pelo menos, 1 (um) ano.

§ 2º – O Conselho de Administração será presidido pelo Presidente da AFISVEC.

§ 3º – Em sua primeira reunião, após a eleição, o Conselho de Administração escolherá seu Vice-Presidente entre seus próprios membros efetivos.

§ 4º – Em caso de renúncia ou afastamento do Vice-Presidente será escolhido seu substituto entre os membros efetivos remanescentes.

§ 5º – Ao Vice-Presidente do Conselho compete substituir o Presidente em seus impedimentos;

§ 6º – O Conselho de Administração reunir-se-á mensalmente, ou extraordinariamente, em qualquer data, convocado pelo seu Presidente, com a presença mínima de quatro membros efetivos.

§ 7º – Na impossibilidade de quórum mínimo, conforme estabelecido no parágrafo quinto, este poderá ser preenchido pelos membros suplentes.

§ 8º – O Conselheiro que não comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) alternadas, sem justificativa perderá o mandato.

§ 9º - Ocorrendo a renúncia ou perda de mandato de mais de 03 (três) membros eleitos deverá ser convocada Assembleia Geral Extraordinária para eleição dos seus substitutos, que completarão o mandato.

§ 10º - Os Diretores-adjuntos indicados pelo Diretor de Previdência da AFISVEC para o PLANO, conforme dispõe o artigo 53 do Estatuto da AFISVEC, deverão ser homologados pelo Conselho de Administração.

Art. 26 – Compete ao Conselho de Administração:

- I – gerenciar e implementar o PLANO nos termos deste Regulamento;
- II – elaborar o seu Regimento Interno;
- III – estabelecer instruções normativas complementares a este Regulamento no sentido do bom funcionamento do PLANO;
- IV – cumprir e controlar o cumprimento deste Regulamento;
- V – decidir sobre casos omissos deste Regulamento.

CAPÍTULO IX

DA ELEIÇÃO

Art. 27 – A eleição dos membros do Conselho de Administração será realizada em Assembleia Geral, a cada três anos, ou a qualquer tempo, na hipótese do § 9º do artigo 25, com observância do seguinte:

I – por escrutínio secreto quando os candidatos se organizarem em forma de chapa, com a expressa concordância dos mesmos;

II – por aclamação nos demais casos com a concordância dos indicados;

§ 1º – o voto para eleição do Conselho de Administração é pessoal, ou por procuração, podendo o procurador representar no máximo 03 (três) mutuários-associados.

§ 2º – O Conselho de Administração será empossado na data de sua eleição.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 28 – No caso de extinção do PLANO, as Reservas serão utilizadas no atendimento dos demais serviços previstos no Estatuto Social da AFISVEC.

Art. 29 – Antes de intentar qualquer ação judicial contra a AFISVEC ou terceiros, o mutuário que se julgar prejudicado em relação à assistência prevista neste Regulamento, deverá dirigir-se, por escrito, ao Conselho de Administração, que se manifestará no prazo de trinta (30) dias.

§ 1º – Caberá, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da ciência ao interessado, recurso à Diretoria da AFISVEC contra decisões do Conselho de Administração do PLANO.

§ 2º – O exercício dos direitos previstos no parágrafo anterior não prejudica a aplicação do disposto no parágrafo único do artigo 19.

Art. 30 – A AFISVEC não se responsabilizará pelo insucesso do tratamento médico ou hospitalar, por eventual acidente operatório, por dano moral ou por dano real ou suposto, ocasionado por medicamento ou tratamento ministrados por credenciados ao PLANO.

Art. 31 – O foro competente para dirimir as questões oriundas deste Regulamento é o de Porto Alegre.

Art. 32 – O Regulamento de criação do AFISVEC-SAÚDE foi aprovado na Assembleia Geral Extraordinária da AFISVEC, de 28 de agosto de 1992, e as alterações posteriores, em Assembleia Geral Extraordinária do AFISVEC-SAÚDE, de 27 de agosto de 1993, 03 e 17 de dezembro de 1997, 15 de dezembro de 1998, 08 de agosto de 2001, 13 de agosto e 24 de outubro de 2002, 09 de outubro de 2003, 08 de setembro e 18 de outubro de 2004, 25 de outubro de 2010, 24 de outubro de 2013, 14 de janeiro de 2016, 21 de novembro de 2024 e 29 de outubro de 2025.

Art. 33 – Este Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação.

Porto Alegre, 29 de outubro de 2025.

ANEXO I

QUADRO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

AIDS
CÓLERA
DIFTERIA
DENGUE
DOENÇA DE CHAGAS (AGUDA)
ENCEFALITE POR ARBOVIRUS
ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA
FEBRE PÚRPURA
FEBRE AMARELA
FEBRE TIFÓIDE
HANSENÍASE
INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS
LEISHMANIOSE CUTÂNEA-MUCOSA
LEISHMANIOSE VISCERAL
LEPTOSPIROSE
MALÁRIA
MENINGITE
PESTE
POLIOMIELITE
RAIVA HUMANA
SÍFILIS CONGÊNITA
SARAMPO AMBULATORIAL
SARAMPO HOSPITALAR
TÉTANO NEONATAL
TÉTANO ACIDENTAL
TUBERCULOSE
VARÍOLA