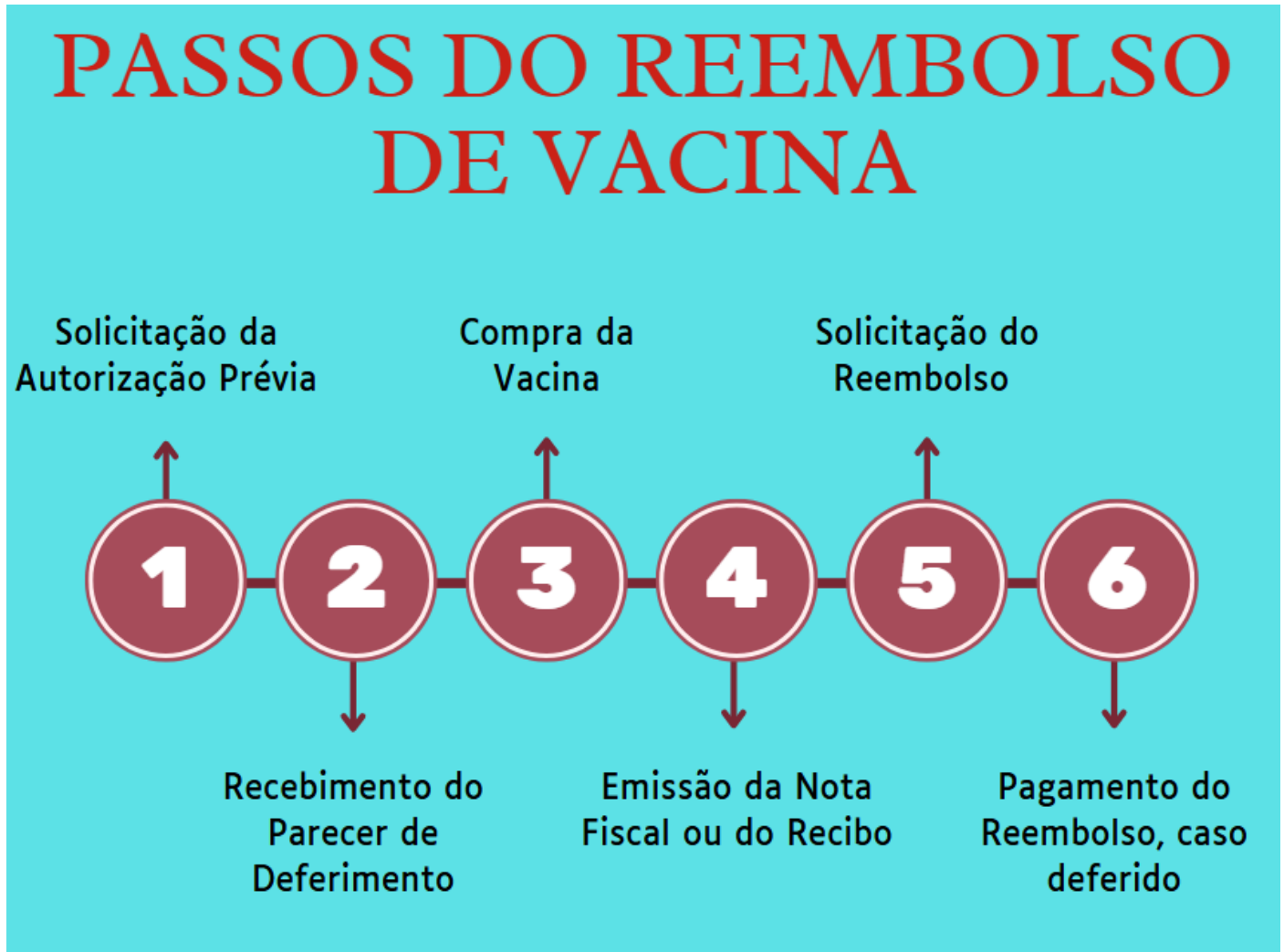


## REEMBOLSO DE VACINA

Este tutorial se refere aos procedimentos necessários para o reembolso de vacina.

Abaixo está a ordem dos passos a seguir:



### 1. INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

#### 1.1. Autorização Prévia:

Para solicitar o reembolso de vacina, é indispensável obter autorização prévia. Ou seja, **ANTES** de comprar a vacina, o associado deve aguardar o recebimento, por e-mail, do parecer de deferimento de autorização prévia. Somente após esse recebimento é que a vacina poderá ser comprada com garantia de elegibilidade para o reembolso.

O parecer será enviado para o e-mail cadastrado na solicitação no prazo de até **7 dias úteis** a contar da solicitação. É fundamental verificar a caixa de entrada e a de spam e garantir que os dados informados estejam corretos.

#### 1.2. Vacinas que recebem auxílio do Fascal

As vacinas que recebem auxílio do Fascal são listadas no Ato do Comitê de Governança e Gestão Estratégica do Fascal 03/2025, a saber:

- a) Dengue;
- b) Herpes Zoster;

- c) HPV Nonavalente;
- d) Meningocócica B;
- e) Meningocócica quadrivalente (ACWY);
- f) Pneumocócica 13 valente;
- g) Pneumocócica 15 valente;
- h) Pneumocócica 23 valente.

### 1.3. Carência

O prazo de carência para reembolso de vacinas é de **180 dias**. Ou seja, só depois de ter **180 dias** de inscrição no Fascal é que o associado poderá comprar a vacina reembolsável. Esse prazo não se aplica para quem teve essa carência aproveitada em processo de aproveitamento de carências.

### 1.4. Valores de reembolso

Abaixo está a tabela do teto dos valores das vacinas que o Fascal reembolsa para o associado:

| Vigência   | Código       | Vacina                                           | Total Líquido a Ser Recebido Pelo Associado |
|------------|--------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 25/10/2024 | 9.00.14.00-6 | Dengue                                           | R\$ 350,00                                  |
| 20/05/2022 | 9.02.95.50-1 | Herpes Zoster                                    | R\$ 550,00                                  |
| 23/09/2025 | 9.90.00.00-1 | HPV Nonavalente                                  | R\$ 890,00                                  |
| 02/07/2024 | 9.03.20.71-9 | Meningocócica B                                  | R\$ 530,00                                  |
| 02/07/2024 | 9.02.36.14-9 | Meningocócica quadrivalente (ACWY)               | R\$ 308,00                                  |
| 23/09/2025 | 2.81.00.57-8 | Pneumocócica 15 valente                          | R\$ 268,00                                  |
| 26/06/2025 | 9.81.00.57-8 | Pneumocócica 20 valente                          | R\$ 446,40                                  |
| 15/10/2025 | 9.03.08.19-7 | Vacina Arexvy - Vírus Sincial Respiratório (VSR) | R\$ 1.680,00                                |

**OBS.:** Caso o valor pago na vacina particular seja inferior ao valor da tabela do Fascal, o Fundo reembolsará o valor pago pelo associado.

### 1.5. Prazo para a solicitação

Após receber a autorização prévia, o associado possui **até 90 dias** da data de emissão da Nota Fiscal ou do Recibo para apresentar seu pedido de reembolso ao Fascal. Se o documento fiscal for apresentado após os 90 dias de sua emissão, o pedido de reembolso será indeferido.

### 1.6. Documentos que deverão ser anexados

#### 1.6.1. Autorização Prévia

- a) Pedido médico;
- b) Laudo médico, no caso de adultos imunocomprometidos com mais de 18 anos de idade que desejem tomar a vacina da Herpes Zoster.

#### 1.6.2. Reembolso

- a) Parecer de deferimento, que o Fascal envia para o e-mail cadastrado na solicitação de autorização prévia;
- b) Nota Fiscal ou Recibo - Após a compra da vacina, o associado deverá solicitar a Nota Fiscal ou o Recibo contendo os dados abaixo para então realizar o pedido de reembolso desse serviço.

## 1.7. Informações necessárias na Nota Fiscal ou no Recibo

A Resolução do Fascal indica o que deve conter na Nota Fiscal ou no Recibo:

- a) nome do responsável pelo pagamento;
- b) nome do associado assistido, caso não seja o tomador de serviço na Nota Fiscal;
- c) especificação do serviço - Detalhar a vacina comprada;
- d) valor e data do pagamento;
- e) dados do prestador de serviço, especialmente nome, número de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ ou no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF e o número de registro no conselho profissional;
- f) nome e assinatura do responsável pelo recebimento ou, no caso de nota fiscal eletrônica, indicação de endereço eletrônico para conferência de autenticidade.

**OBS.:** É essencial que o documento fiscal contenha o **nome e o CPF da pessoa que tomou a vacina e a descrição da vacina adquirida.**

## 1.8. Prazo para pagamento

O Fascal analisa os pedidos de reembolso e os paga (em caso de deferimento) até o último dia do mês seguinte à solicitação.

## 2. SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE VACINA

Para ter direito ao reembolso de vacina, inicialmente o associado deverá solicitar sua autorização prévia. Esse pedido de autorização prévia poderá ser realizado tanto pelo aplicativo do Fascal, como pelo portal do Fundo.

### 2.1. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE VACINA PELO APLICATIVO DO FASCAL

No **aplicativo do Fascal**, após realizar o login, selecione o menu **“Fale Conosco”** e clique em “Registrar”. Depois, preencha o campo “E-mail” com o e-mail em que você receberá o parecer de deferimento ou indeferimento da autorização prévia para a vacina.

Em “Categoria”, selecione **“Solicitação de autorização de procedimento em regime de livre escolha”**.

Em “anexos”, clique em “INCLUIR” para anexar o(a):

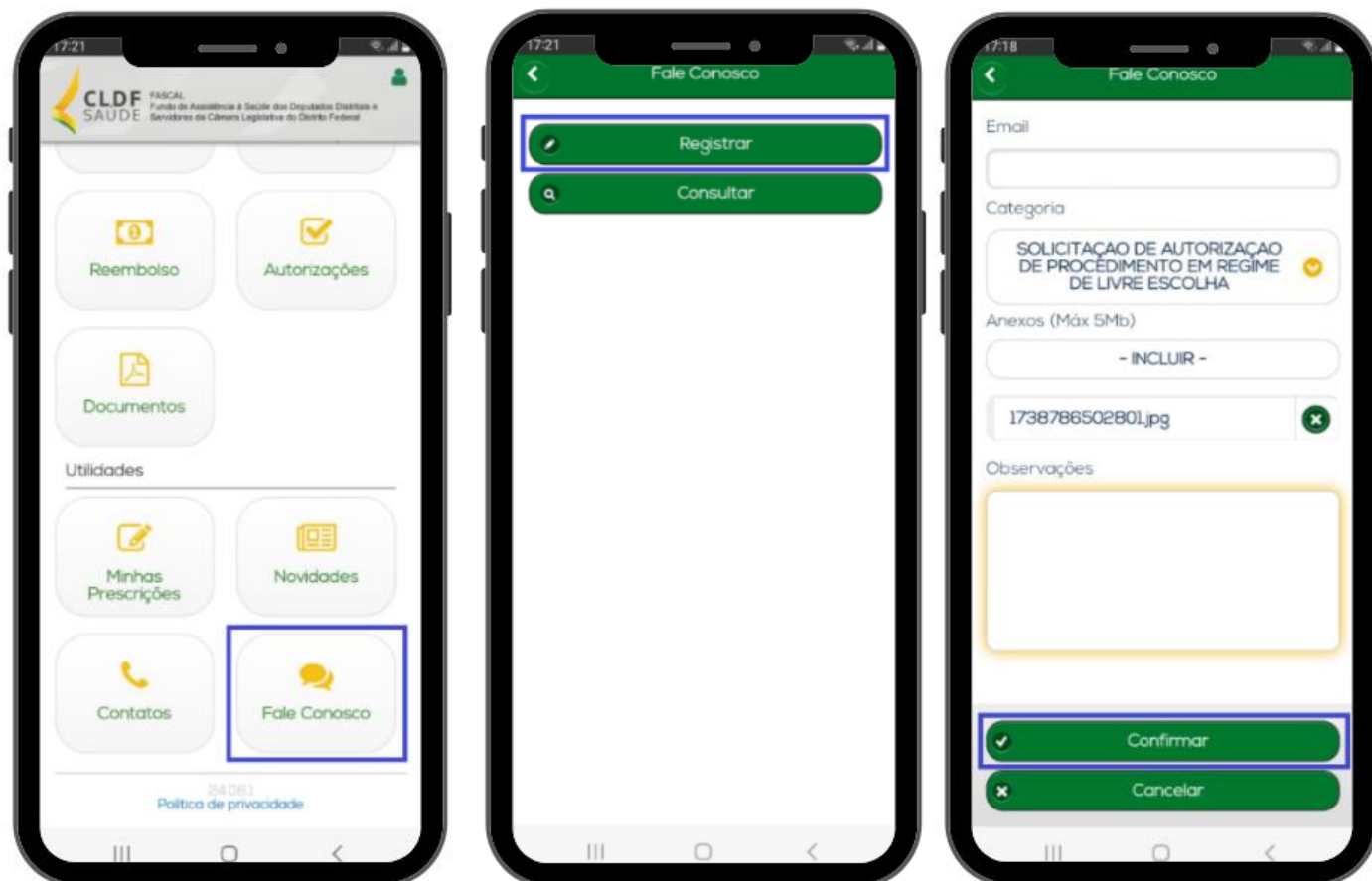
- a) **Pedido médico;**
- b) **Laudo médico**, no caso de adultos imunocomprometidos com mais de 18 anos de idade que desejem tomar a vacina da Herpes Zoster.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.

No campo “Observações”, detalhe o pedido, indicando a(s) vacina(s) a ser(em) analisada(s).

**Exemplo:** “Solicito autorização prévia para a compra da vacina X para o beneficiário Y”.

Por fim, clique em “Confirmar”.



Um número de protocolo será gerado.

Você poderá acompanhar o andamento da solicitação no aplicativo do Fascal, clicando no menu “Fale Conosco” e depois em “Consultar”. Coloque o período em que a solicitação foi realizada e clique em “Consultar” para ver os protocolos. Clicando em um protocolo, uma página se abre com o status do pedido.

Após a análise do Fascal, o associado receberá o parecer de deferimento ou indeferimento por e-mail. **Apenas após o recebimento do parecer de deferimento é que o associado poderá comprar a(s) vacina(s) deferida(s).**

Na compra da vacina, o associado deverá solicitar a Nota Fiscal ou o Recibo contendo os dados apresentados no início deste tutorial para então realizar o pedido de reembolso da(s) vacina(s).

## 2.2. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE VACINA PELO PORTAL DO FASCAL

Caso deseje realizar o pedido de autorização prévia de vacina pelo **Portal do Fascal**, faça seu login por meio do site <https://novowebplanfascal.facilinformatica.com.br/Home/Index>.

Clique no menu “Fale Conosco” e selecione a opção “Registro”.



Na próxima tela, em “Categoria”, escolha a opção “**Solicitação de Autorização de Procedimento em Regime de Livre Escolha**”.

Em “E-mail”, coloque o e-mail em que você receberá o parecer de deferimento ou indeferimento da autorização prévia.

Em “Registro”, detalhe o pedido, indicando a(s) vacina(s) a ser(em) analisada(s).

**Exemplo:** “Solicito autorização prévia para a compra da vacina X para o beneficiário Y”.

Em “Tipo Arquivo”, selecione a opção “Pedido Médico”.

Depois, clique no ícone com uma seta para cima (  ) para anexar o(a):

- a) **Pedido médico**;
- b) **Laudo médico**, no caso de adultos imunocomprometidos com mais de 18 anos de idade que desejem tomar a vacina da Herpes Zoster.

Clique no ícone “Adicionar Arquivo”.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.

Por fim, clique em “Salvar”.

Registro

Categoria: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO EM REGIME DE LIVRE ESCO...  
E-mail:

Registro:

Campo obrigatório

Tipo Arquivo: PEDIDO MÉDICO

Arquivo:  

Você pode arrastar e soltar arquivos aqui.  
Tamanho máximo permitido: 5mb.

| Nome           | Tipo          | Tamanho (Mb) |
|----------------|---------------|--------------|
| Relatório.docx | PEDIDO MÉDICO | 0.0127       |



Um número de protocolo será gerado. Esse protocolo poderá ser acompanhado no menu “Fale Conosco” do Portal do Fascal, opção “Consulta”. Basta colocar a data em que a solicitação foi realizada e clicar em “Pesquisar” para verificar o status do pedido.

Após a análise do Fascal, o associado receberá o parecer de deferimento ou indeferimento por e-mail. **Apenas após o recebimento do parecer de deferimento é que o associado poderá comprar a(s) vacina(s) deferida(s).**

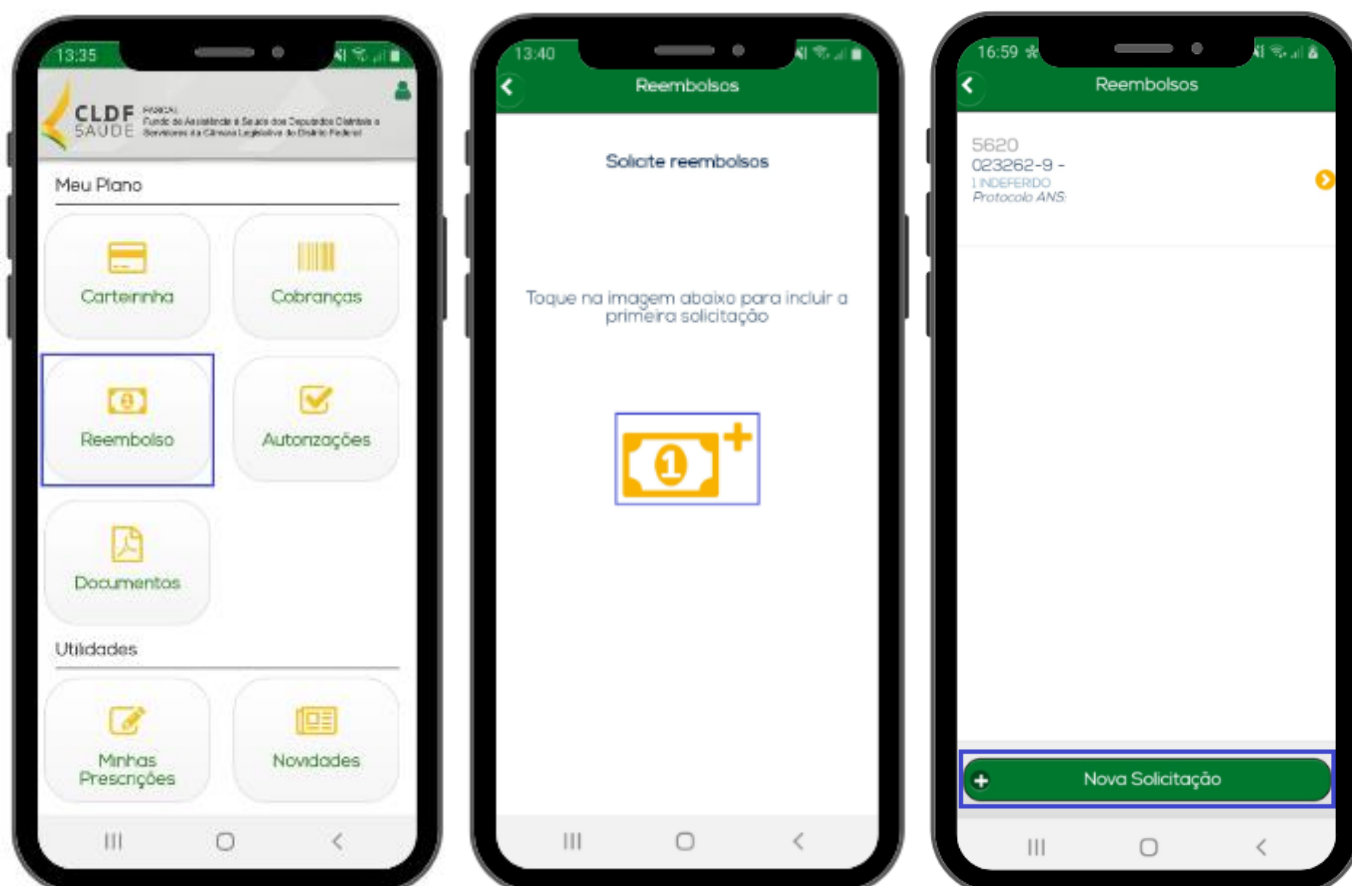
Na compra da vacina, o associado deverá solicitar a Nota Fiscal ou o Recibo contendo os dados apresentados no início deste tutorial para então realizar o pedido de reembolso da(s) vacina(s).

### 3. SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE VACINA

Após o recebimento do parecer de deferimento da autorização prévia por e-mail, da compra da vacina e do recebimento da respectiva nota fiscal (ou do recibo), o associado poderá solicitar o reembolso da vacina tanto pelo aplicativo do Fascal, como pelo portal do Fundo.

#### 3.1. PEDIDO DE REEMBOLSO DE VACINA PELO APLICATIVO DO FASCAL

No **aplicativo “Fascal”**, após realizar o login, selecione o menu **“Reembolso”** e toque na imagem em amarelo ou clique em **“Nova Solicitação”** para solicitar o reembolso.



Na página seguinte:



No campo “CPF ou CNPJ”, indique o CPF ou o CNPJ da pessoa jurídica em que o beneficiário comprou a vacina.

No campo “Nome”, indique o nome da empresa em que a vacina foi comprada, caso o campo não seja preenchido automaticamente.

Os campos “Especialidade”, “Conselho - Número de registro”, “Conselho - Sigla”, “Conselho - UF” não são obrigatórios.

No campo “Data Recibo/NF”, coloque a data do recibo ou da nota fiscal.

No campo “Nº Recibo/NF”, coloque o número do recibo ou da nota fiscal.

No campo “Deseja detalhar os procedimentos?”, marque “Não”.

No campo “Escolha o tipo de procedimento”, selecione “Médico / Medicamentos”.

Clique em “Continuar”.



Na próxima tela, no campo “Beneficiário”, selecione o associado que tomou a vacina.

No campo “Data”, coloque a data em que a(s) vacina(s) foi(foram) comprada(s), conforme Nota Fiscal ou Recibo.

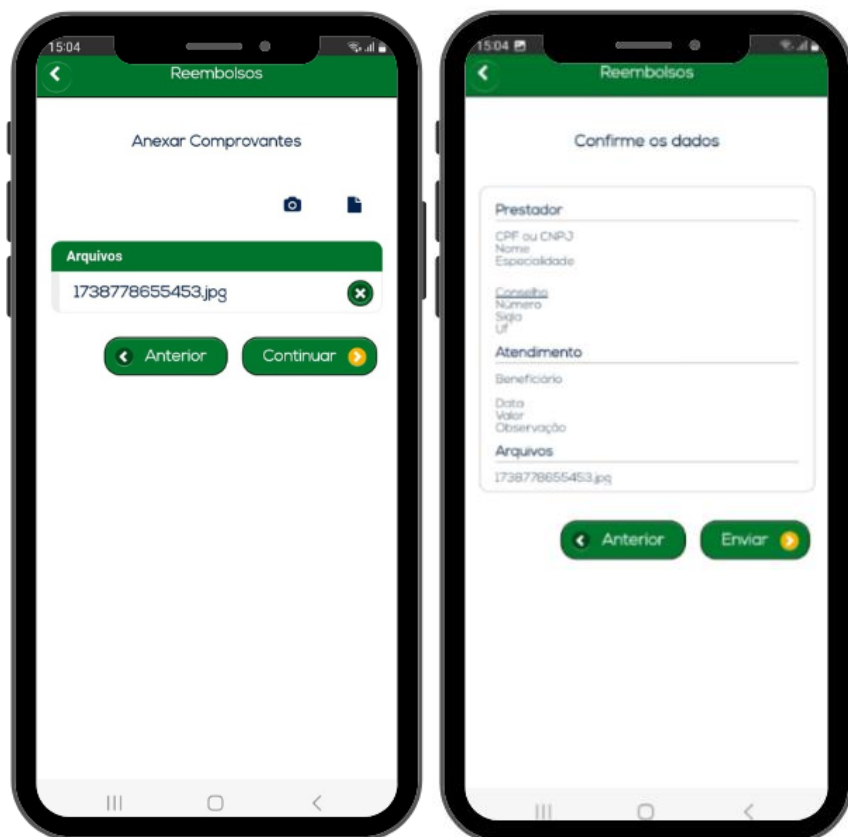
No campo “Valor”, coloque o valor pago, conforme Nota Fiscal ou Recibo.

No campo “Observação”, detalhe o pedido, indicando a(s) vacina(s) a ser(em) analisada(s).

**Exemplo:** “Solicito reembolso referente à compra da(s) vacina(s) X”.

Clique em “Continuar”

Na próxima tela, confirme o valor pago na(s) vacina(s), clicando em “Sim”.



Na tela seguinte, inclua o Parecer de Autorização Prévia e a Nota Fiscal ou o Recibo da(s) vacina(s), contendo as informações descritas no início deste tutorial.

Para anexar esses arquivos, clique no ícone da câmera fotográfica para tirar uma foto do documento ou clique no ícone do papel para selecionar um documento já salvo no celular.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.

Após a inclusão de todos os documentos, clique em “Continuar”.

Na próxima tela, após conferir os dados, clique em “Enviar”.

Um número de protocolo será gerado. Clique em “Ok”.

Para acompanhar o protocolo, basta voltar à tela inicial do aplicativo do Fascal e clicar no menu “Reembolso”.

O Fascal analisa os pedidos de reembolso e os paga (em caso de deferimento) até o último dia do mês seguinte à solicitação.

Caso a solicitação de reembolso seja indeferida, o associado poderá ver a justificativa no campo “Motivo indeferimento”.

### 3.2. PEDIDO DE REEMBOLSO DE VACINA PELO PORTAL DO FASCAL

O pedido de reembolso de vacina também poderá ser realizado pelo **portal do Fascal**, disponível na página inicial do site do Fundo. O seu link é <https://novowebplanfascal.facilinformatica.com.br/GuiasTISS/Logon>.

Após o login, clique no menu “Meus Serviços” e selecione a opção “Solicitação de reembolso”.



## Em “Dados do Prestador”:

**Dados do Prestador** 2

CPF/CNPJ: Campo obrigatório Nome: Campo obrigatório Especialidade: -- Selecionar --

N. Conselho Profissional: Conselho Profissional: -- Selecionar -- UF Conselho Profissional: -- Selecionar --

Nº Recibo/NF: Data Recibo/NF

**Dados do Beneficiário** 1

Atenção! Favor solicitar ajuste caso Nome ou CPF estejam incorretos.

Beneficiário: -- Selecionar -- CPF: Campo obrigatório

Contato

Telefone: Celular: E-mail:

Dados Bancários

Banco: Agência: Conta:

Atenção! Os dados alterados são apenas informativos, não reflete alteração no cadastro.

No campo “CPF ou CNPJ”, indique o CPF ou o CNPJ da pessoa jurídica em que o beneficiário comprou a vacina.

No campo “Nome”, indique o nome da empresa em que a vacina foi comprada, caso o campo não seja preenchido automaticamente.

Os campos “Especialidade”, “N. Conselho Profissional”, “Conselho Profissional” e “UF Conselho Profissional” não são obrigatórios.

No campo “Nº Recibo/NF”, coloque o

número do recibo ou da nota fiscal.

No campo “Data Recibo/NF”, coloque a data do recibo ou da nota fiscal.

## Em “Dados do Beneficiário”:

No campo “beneficiário”, selecione o associado que tomou a vacina.

Os campos “CPF”, “Telefone”, “Celular”, “E-mail”, “Banco”, “Agência” e “Conta” são preenchidos automaticamente.

## Em “Procedimento”:

**Procedimento** 3

Deseja informar o procedimento?  
☐ Sim ☒ Não

Tipo de procedimento reembolsado  
☐ Médico ☐ Med. Odontológico Contínuo ☐ Med. Comum

Data de Atendimento: Campo obrigatório

Tipo de Atendimento: -- Selecionar -- Valor R\$: Campo obrigatório

Observação: Campo obrigatório

**Anexos**

Arquivos: + Adicionar Arquivo

Você pode arrastar e soltar arquivos aqui.  
Tamanho máximo permitido: 5mb.

Solicitar Consultar Reembolso

No campo “Deseja informar o procedimento?”, marque “Não”.

No campo “Tipo de procedimento reembolsado”, selecione “Médico”.

No campo “Data de Atendimento”, coloque a data da Nota Fiscal ou do Recibo.

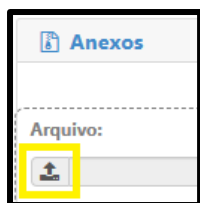
O campo “Tipo de Atendimento” não é obrigatório.

No campo “Valor R\$”, coloque o valor da soma de todas as notas fiscais e/ ou de todos os recibos.

No campo “Observação”, detalhe o pedido, indicando a(s) vacina(s) a

ser(em) analisada(s).

**Exemplo:** “Solicito reembolso referente à compra da(s) vacina(s) X”.



Em “**Anexos**”, o associado deverá incluir o Parecer de Autorização Prévia e a Nota Fiscal ou o Recibo da(s) vacina(s), contendo as informações descritas no início deste tutorial.

Clique no ícone com uma seta para cima para selecionar o documento a ser anexado.

 Adicionar Arquivo

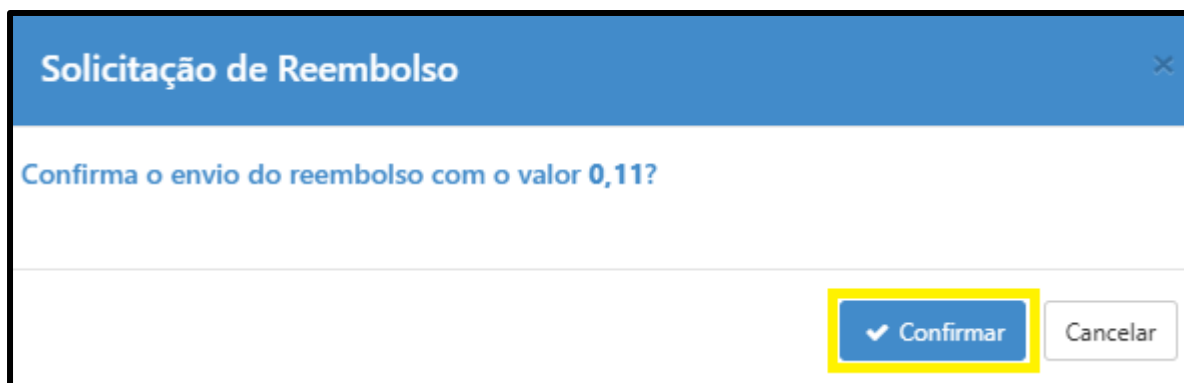
Após clique no ícone “Adicionar Arquivo”.

Só um documento pode ser anexado por vez. Então, caso necessário, repita a operação com todos os documentos.

 Solicitar

Clique em “Solicitar”.

Na próxima tela, após conferir os dados, clique em “Confirmar”.



Pronto! Para acompanhar o protocolo, basta voltar à tela inicial do portal do Fascal, clicar no menu “Meus Serviços” e depois selecionar a opção “Consulta de Reembolsos”.



Na próxima página, o usuário poderá filtrar seus reembolsos conforme a data de solicitação. O código corresponde ao número do protocolo de reembolso.

### Consulta de Reembolsos

Filtros

Beneficiário:

Prestador (CPF/CNPJ):

Protocolo:

Protocolo ANS:

Data Início

Data Fim

Beneficiário:

Código: 6565

Protocolo ANS:

Data Entrega: 04/02/2025

Origem: Webplan

Nº Recibo/NF: 111

Total: R\$0,11

O Fascal analisa os pedidos de reembolso e os paga (em caso de deferimento) até o último dia do mês seguinte à solicitação.

Caso a solicitação de reembolso seja indeferida, o associado poderá ver o motivo do indeferimento clicando na impressora em vermelho.

### Consulta de Reembolsos

Filtros

Beneficiário:

Protocolo:

Data Início

Data Fim

Beneficiário:

Código: 5620

Protocolo ANS: 95959520240627931098

## Seção 2

### Atos



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**  
PRIMEIRA VICE-PRESIDÊNCIA  
Comitê de Governança do Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e  
Servidores da CLDF



#### ATO NORMATIVO DO COMITÊ DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA DO CLDF SAÚDE - FASCAL Nº 06, DE 2025

**Fixa a listagem de vacinas que recebem  
auxílio do Fascal**

O Comitê de Governança e Gestão Estratégica do Fascal, nos termos da Resolução que regulamenta o funcionamento e a estrutura do Fascal, RESOLVE:

**Art. 1º** Fixar a seguinte listagem de vacinas que recebem auxílio do Fascal:

| VACINA                                  | IDADE                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                       |                                                         |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| Vacina VSR (vírus Sincial respiratório) | Para pacientes acima 60 anos em dose única <b>OU</b> adultos com cardiopatias e/ou pneumopatias com mais de 50 anos de idade vinculado a apresentação do respectivo laudo médico comprobatório de comorbidade a ser avaliado pela perícia médica do Fascal. |                                     |                       |                                                         |
| Meningocócica quadrivalente (ACWY)      | Esquema de doses proposto: aos 3 e 5 meses de idade com reforços entre 12 e 15 meses, aos 5-6 anos. A última dose de reforço, aos 11 anos de idade, está disponível no SUS.                                                                                 |                                     |                       |                                                         |
| Meningocócica B                         | Esquema de doses proposto:                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                       |                                                         |
|                                         | Faixa etária de início da vacinação                                                                                                                                                                                                                         | Número de doses do esquema primário | Intervalo entre doses | Reforço                                                 |
|                                         | 3 a 11 meses                                                                                                                                                                                                                                                | Duas doses                          | Dois meses            | Uma dose entre 12 e 15 meses                            |
|                                         | 12 a 23 meses                                                                                                                                                                                                                                               | Duas doses                          | Dois meses            | Uma dose, com intervalo de 12 a 23 meses da última dose |
|                                         | *A partir dos 24 meses                                                                                                                                                                                                                                      | Duas doses                          | Um mês                | Não foi estabelecida a necessidade de reforços          |
|                                         | * Pessoas com imunodeficiências (congenita ou adquirida);*Pessoas com esplenectomia (remoção do baço) ou com o baço não funcional.                                                                                                                          |                                     |                       |                                                         |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pneumocócica 15 valente | <p>Crianças: O número de doses varia conforme a idade de início do esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Início ao nascimento: três doses, aos 2 - 4 - 6 meses com reforço entre 12 e 15 meses.</li> <li>* Início entre 7 e 11 meses: duas doses e reforço entre 12 e 15 meses.</li> <li>* Início entre 12 e 23 meses: duas doses com intervalo de 2 meses.</li> <li>* Início entre 24 meses e 5 anos: dose única.</li> </ul>                                                                                         |
| Pneumocócica 20 valente | <p>A partir dos <b>50 anos</b> - dose única.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Para os que já receberam uma dose de VPP23, recomenda-se uma dose de VPC20, com intervalo mínimo de um ano após a última dose de VPP23.</li> <li>* Para aqueles com esquema incompleto com VPC15 ou VPC13, é possível finalizar a vacinação com dose única de VPC20, respeitando intervalo de dois meses da última dose da VPC15 ou VPC13.</li> </ul>                                                                                       |
| Herpes Zoster           | <p>A partir dos 50 anos.</p> <p>Para a vacina inativada contra herpes zoster, também haverá auxílio para adultos imunocomprometidos com mais de 18 anos de idade com a apresentação do respectivo laudo médico. VZA (atenuada – dose única) VZR (inativada - duas doses com intervalo de dois meses). Intervalo entre quadro de herpes zoster e vacinação:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) VZA - 1 ano.</li> <li>2) VZR - 6 meses ou após resolução do quadro, considerando a perda de oportunidade vacinal.</li> </ol> |
| HPV Nonavalente         | Para pacientes de 15 a 45 anos em 3 doses (0, 2 e 6 meses). Atentar para situações previstas de cobertura pelo SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dengue                  | Para pacientes de 4 a 60 anos de idade, atentando-se para as contraindicações e cuidados necessários em populações especiais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**Art. 2º** O auxílio para as vacinas listadas no Art. 1º necessita de autorização prévia do Setor de Auditoria Médica do Fascal.

**Art. 3º** Não há coparticipação do beneficiário com as despesas das vacinas listadas neste Ato.

**Art. 4º** Este Ato entra em vigor na data de sua publicação.



Documento assinado eletronicamente por **PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALBERNAZ** - Matr. 22962, Membro do Comitê de Governança do Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores, em 03/10/2025, às 10:29, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **GINA RUBIA DE OLIVEIRA ALVES** - Matr. 12043, Membro do Comitê de Governança do Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores, em 03/10/2025, às 10:30, conforme Art. 30, do Ato da Mesa Diretora nº 51, de 2025, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 62, de 27 de março de 2025.