

REGULAMENTO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PRODEMGE

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - O presente Regulamento tem por finalidade disciplinar os benefícios oferecidos aos participantes do Plano de Assistência à Saúde da PRODEMGE - Companhia de Processamento de Dados do Estado de Minas Gerais, doravante denominada MANTENEDORA.

Parágrafo Único - O Plano de Assistência à Saúde da PRODEMGE, doravante denominado PLANO, será administrado pela PREVIMINAS – Fundação de Seguridade Social de Minas Gerais, doravante denominada FUNDAÇÃO.

CAPÍTULO II

DOS PARTICIPANTES

Seção I

DA INSCRIÇÃO

Art. 2º - Poderão inscrever-se no PLANO como participantes:

- I. titulares:
 - a) os empregados da MANTENEDORA;
 - b) os diretores da MANTENEDORA, quando não empregados;
 - c) os empregados da MANTENEDORA cedidos sem ônus e em licença sem vencimentos;
 - d) os aposentados da MANTENEDORA e/ou pensionistas de seus ex-empregados, vinculados ao Plano Previdencial da FUNDAÇÃO;
 - e) os participantes da MANTENEDORA em manutenção de inscrição junto ao Plano Previdencial da FUNDAÇÃO, que manifestarem interesse em se manter no PLANO, até 30 dias da data de afastamento da MANTENEDORA; e
 - f) os ex-empregados, demitidos sem justa causa, que manifestarem interesse em se manter no PLANO, até 30 dias da data de demissão, nas condições estabelecidas no Art.30 da Lei 9.656/98 e sua regulamentação.
- II. dependentes diretos:
 - a) o cônjuge ou o(a) companheiro(a) com quem o participante tenha filho ou pelo menos 5 (cinco) anos de vida em comum com o titular;
 - b) o filho menor de 24 (vinte e quatro) anos, solteiro e dependente econômico;
 - c) o filho maior de 21 (vinte e um) anos, inválido, desde que comprovado pelo INSS e que o evento incapacitante tenha ocorrido antes de completar 21 (vinte e um) anos; e
 - d) o enteado, o tutelado e o menor sob guarda judicialmente decretada, até completarem 21 (vinte e um) anos e o curatelado.
- III. dependentes especiais:
 - a) o filho, o enteado, o tutelado, o curatelado e o menor sob guarda, enquanto permanecerem solteiros e quando perderem a condição de dependentes diretos;
 - b) o ex-cônjuge que receba pensão alimentícia do titular, e que sua permanência ou inclusão tenha sido por decisão judicial; e
 - c) os dependentes diretos previstos nas letras “a” a “d” do inciso II acima, no caso do participante titular optar pela manutenção dos pais como dependentes diretos.

§ 1º - Os dependentes diretos, à exceção do cônjuge, deverão ter, obrigatoriamente, relação de dependência econômica com o titular.

§2º - No caso de não ter sido inscrito nenhum dependente direto pelo participante titular é facultada a inscrição dos pais, como dependentes diretos, desde que vivam comprovadamente sob sua dependência econômica e não auferam rendimentos mensais de qualquer natureza em valores superiores a 3 (três) salários mínimos vigentes, conforme relatório do Serviço Social da FUNDAÇÃO, após aprovação do Conselho de Curadores, sendo vedada a inscrição, se originalmente inscritos como dependentes especiais.

§3º - Para inclusão de enteado como seu dependente, o participante titular deverá apresentar a sua Certidão de Casamento e a de Nascimento do enteado, e comprovar a sua dependência econômica junto ao INSS e junto ao Imposto de Renda.

§4º - Ao requerimento de inscrição deverão ser, obrigatoriamente, anexados pelo participante titular todos os documentos comprobatórios da:

- I - relação de parentesco, com as respectivas declarações de estado civil dos dependentes; e
- II - relação de dependência econômica junto ao Imposto de Renda.

§5º - Os documentos a que se refere o § precedente deverão ser apresentados à FUNDAÇÃO sempre que ocorrer mudança na situação declarada quando da inscrição, em até 30 (trinta) dias da data do fato gerador.

§6º - No caso em que o participante titular solicitar a inscrição ou permanência do ex-cônjuge por decisão judicial, é facultado inscrevê-lo na condição de dependente direto, desde que não tenha sido inscrito nenhum dependente na condição prevista na letra "a" do inciso II deste artigo, sendo vedada a inscrição, se originalmente inscrito como dependente especial.

§7º - Aos participantes inscritos na categoria de "beneficiários contribuintes" até a data de início de vigência deste Regulamento será assegurado o direito de manterem-se inscritos no PLANO, na categoria de "dependentes especiais".

Art. 3º - A inscrição no PLANO, sem cumprimento de carência, deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar:

- I - da data de admissão na MANTENEDORA, para o titular, seus dependentes diretos e dependentes especiais;
- II - da data de nascimento, ou adoção de filhos de até 12 (doze) anos, para inscrição de novos dependentes;
- III - da data de casamento do titular, para inscrição do cônjuge; e
- IV - da data do falecimento do titular, para seus dependentes pensionistas.

Parágrafo Único – Ficarà sujeito ao cumprimento da carência prevista no inciso VI do Art. 7º, o cônjuge inscrito nas condições previstas no inciso III deste artigo.

Art. 4º - Aos dependentes do titular falecido será assegurado o direito de continuar usufruindo da assistência do PLANO, enquanto permanecerem vinculados ao Plano Previdencial, desde que a solicitação da inscrição seja feita, em até 30 (trinta) dias da data do óbito, pelo responsável pelo grupo de dependentes, se juridicamente capaz, ou por quem tiver a guarda, no caso do titular da pensão ser menor.

Parágrafo Único - Não será admitida a inscrição de novos dependentes pelo titular da pensão, exceto no caso de estar grávida do participante titular, por ocasião de seu falecimento.

Art. 5º - Serão transferidos da condição de dependente direto para a de dependente especial, desde que haja manifestação formal do titular neste sentido, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data em que:

- I - os filhos completarem 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitários;
- II - os pais tenham sua inscrição cancelada, pela aplicação do previsto na letra "f" do inciso II do Art. 8º; e
- III - o ex-cônjuge tenha a sua inscrição cancelada pela aplicação do previsto na letra "g" do inciso II do Art. 8º.

§ 1º - Observado o disposto neste artigo, não será exigido o cumprimento de carências na transferência de dependentes diretos para dependentes especiais.

§ 2º - Decorrido o prazo estipulado neste artigo, observar-se-á o procedimento normal de inscrição de dependente especial.

Art. 6º - Aos titulares previstos na letra "g" do inciso I do Art. 2º não será permitido requerer inscrição de dependentes especiais, respeitados os direitos daqueles inscritos anteriormente à vigência deste Regulamento.

Seção II

DAS CARÊNCIAS

Art. 7º - Os participantes que se inscreverem no PLANO, exceto aqueles inscritos conforme o disposto no Art. 3º, cumprirão os seguintes prazos de carência para a concessão dos benefícios:

- I. 24(vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, conforme estabelecido no Art. 35C da Lei nº 9.656/98;
- II. 60 (sessenta) dias para consultas e exames de diagnóstico;
- III. 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais;
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para internações e demais cirurgias;
- V. 180 (cento e oitenta) dias para tratamentos especializados;
- VI. 300 (trezentos) dias para partos.

Parágrafo Único - Os prazos de carência previstos neste artigo serão também observados na reinscrição de titulares e de seus dependentes.

Seção III

DO CANCELAMENTO, DA SUSPENSÃO E DA EXCLUSÃO

Art. 8º - Perde o direito aos benefícios do PLANO o participante:

- I. titular:
 - a) pelo cancelamento da sua inscrição;
 - b) pelo seu falecimento;
 - c) pelo seu desligamento da empresa, exceto se permanecer no Plano Previdencial da FUNDAÇÃO e optar pela sua manutenção no PLANO; e
 - d) pelo seu desligamento da empresa, após decorrido o prazo legal de permanência no PLANO, nas condições previstas no Art. 30 da Lei 9.656/98.
- II. dependente direto:
 - a) pelo cancelamento da inscrição do titular ao qual esteja vinculado;
 - b) pelo seu falecimento;
 - c) cônjuge, pelo abandono do lar sem justo motivo, desde que reconhecida essa situação por autoridade judicial;

- d) filho, enteado, tutelado, curatelado, pela sua maioridade civil, exceto nos casos previstos na letra "d" inciso II do Art. 2º;
- e) a pedido do titular, desde que a manutenção da inscrição do beneficiário não seja obrigatória judicialmente; e
- f) pai ou mãe do titular, pela inscrição de quaisquer dependentes previstos nas letras "a" a "e" do inciso II do Art. 2º;
- g) ex-cônjuge, pela inscrição de cônjuge ou companheira.

III. dependentes especiais:

- a) pelo falecimento ou cancelamento de inscrição do titular ao qual esteja vinculado;
- b) pelo cancelamento de sua inscrição por solicitação do participante titular;
- c) pelo seu falecimento; e
- d) pelo seu casamento.

Parágrafo Único – No caso previsto na letra “d” do inciso III, o titular será responsabilizado, retroativamente à data do casamento, pelo ressarcimento das despesas feitas desde então, quando verificada a mudança do estado civil.

Art. 9º - Poderá o participante titular ter sua inscrição suspensa ou cancelada pela FUNDAÇÃO quando descumprir qualquer regra estabelecida neste Regulamento, fraudar ou tentar fraudar o PLANO, atuando por qualquer meio ou forma contra os seus interesses, ou utilizando-se de processos dolosos.

Parágrafo Único - A suspensão ou cancelamento da inscrição dos participantes previstos neste artigo implicará na automática suspensão ou cancelamento da inscrição dos seus dependentes.

Art. 10 - Em caso da prática, da tentativa de prática, de qualquer ato de fraude ou que cause prejuízo para o PLANO, competirá ao Conselho de Curadores a análise de cada caso, podendo o infrator ser penalizado com:

- I. repreensão formal, nos atos de menor gravidade, decorrentes de mera interpretação viciada das regras regulamentares;
- II. reposição imediata do valor do benefício auferido de maneira irregular, acrescida de multa de 50% (cinquenta por cento) do valor, em função da gravidade do ato praticado, e atualização monetária;
- III. suspensão do direito aos benefícios do PLANO, pelo cancelamento temporário, por um período não inferior a 6 (seis) meses e nem superior a 12 (doze) meses, quando se caracterizar a tentativa de fraude, sob qualquer forma;
- IV. cumprimento das carências na reinscrição;
- V. exclusão, pelo cancelamento definitivo da inscrição, não se admitindo nova adesão futura.

Parágrafo Único - As penalidades recomendadas pela Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO serão submetidas ao Conselho de Curadores que poderá referendá-las ou, segundo a avaliação do caso, alterar o enquadramento do ato, para impor outro tipo de penalidade.

CAPÍTULO III

DOS BENEFÍCIOS

Seção I

DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS

Subseção I

DOS EVENTOS COBERTOS

Art. 11 - A cobertura ambulatorial compreende:

- I. consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. testes e exames complementares de diagnóstico;
- III. tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12(doze) horas;
- IV. os seguintes procedimentos considerados especiais abaixo relacionados:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD,
 - b) quimioterapia ambulatorial,
 - c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia),
 - d) hemoterapia ambulatorial,
 - e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, exceto ceratotomia radial (cirurgia a laser para correção de miopia);
- V. tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID-10, conforme a seguir especificados:
 - a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes,
 - b) psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12(doze) semanas, tendo início após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12(doze) sessões por ano, não cumulativas,
 - c) tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- VI. atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, inclusive em casos decorrentes das complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções de seus participantes, pelo período de até 12(doze) horas; e
- VII. remoção do paciente, em ambulância terrestre, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação.

Subseção II

DOS EVENTOS NÃO COBERTOS

Art. 12 - A cobertura ambulatorial exclui os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços e/ou procedimentos não descritos expressamente no Art.11 e nem provenientes de:

- I. internações hospitalares de qualquer natureza;
- II. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- III. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- IV. inseminação artificial;
- V. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- VI. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VIII. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- IX. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- XI. procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- XII. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- XIII. quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- XIV. radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- XV. nutrição enteral ou parental;
- XVI. embolizações e radiologia intervencionista; e
- XVII. tratamentos psicológicos, inclusive psicanálise, à exceção da psicoterapia de crise prevista na letra “b” do inciso V do Art. 11.

Seção II

DAS COBERTURAS HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS

Subseção I

DOS EVENTOS COBERTOS

Art. 13 - A cobertura hospitalar compreende:

- I. internações hospitalares sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal e da assistência ao parto;
- II. internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- III. despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- IV. exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais e transfusões, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V. toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, em ambulância terrestre, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro;
- VI. despesas com alimentação de acompanhante, no caso de paciente menor de 18(dezoito) anos;
- VII. os seguintes procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
 - a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD,
 - b) quimioterapia,
 - c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia,
 - d) hemoterapia,

- e) nutrição parental e enteral,
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica,
- g) embolizações e radiologia intervencionista,
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos,
- i) fisioterapia, e
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto medicação de manutenção;

VIII. cirurgia plástica reparadora quando efetuada, exclusivamente, para restauração das funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste regulamento para o respectivo participante, e que estejam causando problemas funcionais;

IX. transplantes de rim e córnea, incluindo as despesas com doadores vivos.

X. cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar e de natureza comprovadamente restauradora das funções;

XI. todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infrigidadas, compreendendo:

a) custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

b) custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;

c) custeio parcial das internações previstas na letra “a” deste inciso, após o 30º (trigésimo) dia de internação, por ano, com co-participação de 50% (cinquenta por cento) do participante no período de até 30 (trinta) dias adicionais de internação e de 75% (setenta e cinco por cento) vencido este prazo;

d) custeio parcial das internações previstas na letra “b” deste inciso, após o 15º (décimo quinto) dia de internação, por ano, com co-participação de 50% (cinquenta por cento) do participante no período de até 15 (quinze) dias adicionais de internação e de 75% (setenta e cinco por cento) vencido este prazo;

XII. assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do participante, durante os primeiros 30(trinta) dias após o parto; e

XIII. atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, inclusive em casos decorrentes das complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções de seus participantes e, uma vez determinada a conduta ideal a ser tomada para o evento em questão, dar continuidade ao tratamento, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente.

§ 1º - Nas internações hospitalares é assegurada a acomodação em apartamento standart com banheiro privativo.

§2º - Se comprovada a indisponibilidade de acomodação na condição prevista no § precedente, a acomodação dar-se-á em nível superior, sem ônus ao participante.

§3º - Os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o participante esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

Subseção II

DOS EVENTOS NÃO COBERTOS

Art. 14 - A cobertura hospitalar exclui os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços e/ou procedimentos não descritos expressamente no Art.13 e nem provenientes de:

- I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- III. inseminação artificial;
- IV. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- V. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VI. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VII. fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios para fins estéticos;
- VIII. tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- IX. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- X. transplantes, à exceção de córnea e rim;
- XI. consultas ambulatoriais e domiciliares;
- XII. quaisquer despesas hospitalares quando da iniciativa do titular e não prescrita pelo médico assistente;
- XIII. despesas de natureza extraordinária ou particular, realizadas durante a internação pelo paciente ou acompanhante, compreendendo: aluguel de televisão, telefonemas, aluguel de geladeira, fornecimento de alimentação e bebidas especiais, alimentação do acompanhante - exceto quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos -, lavagem de roupa e indenização por danos ou destruição de objetos;
- XIV. exames e tratamentos não prescritos por médicos;
- XV. remoção de pacientes, salvo em casos ocorridos durante a internação ou por motivo médico justificado;
- XVI. atendimento médico-hospitalar decorrente de participação em competições ou treinos preparatórios em aeronaves, embarcações ou veículos a motor, bem como todos os esportes considerados de alto risco;
- XVII. atendimentos fora do território nacional, exceto em casos de comprovada emergência; e
- XVIII. tratamentos psicológicos, inclusive psicanálise, à exceção da psicoterapia de crise prevista na letra "b" do inciso V do Art. 11.

Art. 15 - O PLANO não cobre assistência odontológica, podendo a FUNDAÇÃO manter credenciamento com Clínicas Especializadas, que prestem serviços de tratamentos simples e especializados nas áreas de clínica geral, cirurgia dentária, periodontia, endodontia, prótese dentária, odontopediatria e ortodontia, mediante negociação de tabelas especiais de honorários odontológicos para os seus participantes.

Art. 16 - O PLANO não cobre assistência farmacêutica, podendo a FUNDAÇÃO manter convênios com farmácias que ofereçam descontos no valor dos medicamentos.

CAPÍTULO IV

DO CUSTEIO E DA PARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS

Art. 17 - O PLANO será custeado pela reserva constituída especificamente com essa finalidade, pelas contribuições da MANTENEDORA de seus participantes titulares, dependentes diretos e dependentes especiais.

§ 1º - A MANTENEDORA recolherá, pela inscrição de todos os participantes titulares previstos nas letras “a” e “c” do inciso I do Art. 2º e seus dependentes diretos, contribuições mensais paritárias às contribuições desses participantes.

§ 2º - As contribuições mensais dos titulares e de seus dependentes diretos serão obtidas pela aplicação de percentuais incidentes sobre o seu salário-de-contribuição.

§ 3º - As contribuições mensais dos dependentes especiais serão obtidas pela aplicação da Tabela Progressiva I, estabelecida por faixa etária, aprovada pelo Conselho de Curadores, parte integrante deste Regulamento.

Art. 18 - Entende-se por salário-de-contribuição:

I. para os titulares ativos, o correspondente à sua remuneração mensal, entendida como o somatório das verbas de salário base, função gratificada e quinquênio;

II. para os titulares aposentados e pensionistas pelo Plano Previdencial da FUNDAÇÃO, o somatório dos valores percebidos a título de suplementação, acrescidos do benefício correspondente pago pelo INSS;

III. para os titulares em manutenção de inscrição junto ao Plano Previdencial da FUNDAÇÃO, demitidos sem justa causa, cedidos sem ônus e licenciados sem vencimentos, o salário que perceberiam caso estivessem em atividade na MANTENEDORA, reajustado nas mesmas épocas e proporções dos reajustes dos titulares ativos.

Parágrafo Único - O salário-de-contribuição fica sujeito a um piso correspondente a 2 (duas) vezes o menor salário estabelecido no Plano de Cargos e Salários da MANTENEDORA e a um teto de 10 (dez) vezes o mesmo salário.

Art. 19 - Os percentuais de contribuição serão os seguintes:

I - dos participantes titulares previstos nas letras “a” a “c” do inciso I do Art. 2º:

- a) 2,0% (dois por cento) incidentes sobre o salário-de-contribuição;
- b) 1,5% (um inteiro e cinco décimos por cento), por dependente direto inscrito com idade até 50 (cinquenta) anos, incidentes sobre o salário-de-contribuição;
- c) 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento), por dependente direto inscrito com idade superior a 50 (cinquenta) anos, incidentes sobre o salário-de-contribuição.

II - dos participantes titulares previstos nas letras “d” a “g” do inciso I do Art. 2º:

- a) 4,0% (quatro por cento) incidentes sobre o salário-de-contribuição;
- b) 3,0% (três por cento), por dependente direto inscrito com idade até 50 (cinquenta) anos, incidentes sobre o salário-de-contribuição;
- c) 5,0% (cinco por cento), por dependente direto inscrito com idade superior a 50 (cinquenta) anos, incidentes sobre o salário-de-contribuição.

§ 1º - O 13º salário, bem como o abono anual do benefício de aposentadoria e pensão e sua suplementação, não serão considerados para incidência do percentual das contribuições.

§2º - Ocorrendo a alteração da idade de qualquer dependente direto inscrito que importe em deslocamento para faixa etária superior, os percentuais de contribuição serão aumentados, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do referido dependente.

Art. 20 – A contribuição mensal do dependente especial será calculada considerando-se a sua faixa etária, de acordo com a Tabela Progressiva I, ficando fixadas as seguintes faixa etárias:

- I - de 0(zero) a 17(dezessete) anos;
- II - de 18(dezoito) a 29(vinte e nove) anos;
- III - de 30(trinta) a 39(trinta e nove) anos;
- IV - de 40(quarenta) a 49(quarenta e nove) anos;
- V - de 50(cinqüenta) a 59(cinqüenta e nova) anos;
- VI - de 60(sessenta) a 69(sessenta e nove) anos;
- VII - 70 (setenta) anos ou mais.

§ 1º - Ocorrendo a alteração da idade de qualquer dependente especial inscrito que importe em deslocamento para faixa superior, as contribuições serão aumentadas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do dependente especial.

§ 2º - O dependente especial com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que já for inscrito no PLANO há mais de 10 (dez) anos, não mais sofrerá acréscimos na contribuição por mudança de faixa etária.

Art. 21 - As contribuições referidas nos artigos precedentes, assim como os valores de co-participação previstos no Art. 23, serão recolhidos aos cofres da FUNDAÇÃO até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente àquele a que corresponderem, mediante autorização do titular, e descontados:

- I - na folha de pagamento da MANTENEDORA, se titular ativo;
- II - através de boleto bancário, se titular em manutenção de inscrição, demitido sem justa causa, cedido sem ônus e licenciado sem vencimentos; e
- III - a folha de benefícios da FUNDAÇÃO, se titular assistido.

§ 1º - Em caso de inobservância do prazo estabelecido no § precedente, as contribuições ficarão sujeitas a juros de 1/30% (um trinta avos por cento) por dia de atraso nos recolhimentos devidos, acrescidos da correção monetária a ser apurada com base na variação da TR - Taxa Referencial, além da multa de 2,0% (dois por cento), sobre os valores já atualizados.

§ 2º - Nos casos em que não tenham sido descontados em folha os valores devidos à FUNDAÇÃO relativos ao PLANO, inclusive no afastamento por licença médica, ficará o participante titular obrigado a recolhê-los diretamente à FUNDAÇÃO.

Art. 22 - Os valores de contribuição definidos na Tabela Progressiva I serão reajustados, anualmente, com base na variação acumulada do INPC – Índice Geral de Preços ao Consumidor -, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, observada nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, tendo como data base o mês de janeiro.

§ 1º - Além do reajuste previsto no caput deste artigo, os valores de contribuição definidos na Tabela Progressiva I, assim como os percentuais de contribuição definidos no Art. 19, poderão ser alterados sempre que houver indícios de desequilíbrio do PLANO.

§ 2º - Tais alterações serão fundamentadas em estudos técnicos, sempre buscando o equilíbrio do plano de custeio.

Art. 23 - Além da contribuição mensal, o titular ficará sujeito a uma co-participação de 30% (trinta por cento) do valor das despesas realizadas com consultas e 10% (dez por cento) do valor das despesas realizadas com exames de diagnóstico, estando esse último limitado ao valor de R\$45,00 (quarenta e cinco reais), por procedimento.

Parágrafo Único - A co-participação incide sobre a utilização do PLANO por qualquer participante, seja ele titular, dependente direto ou dependente especial.

Art. 24 - O titular que deixar de recolher as contribuições a que se obrigou, na data exigível, terá a fruição de benefícios suspensa, a partir do 60º (sexagésimo) dia de atraso cumulativo nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, e, caso não regularize seu débito, terá sua inscrição cancelada, pela FUNDAÇÃO, após notificação que será encaminhada no 50º (quinquagésimo) dia de atraso cumulativo.

§ 1º - A condição de titular, perdida nos termos do caput do artigo, poderá ser readquirida, não se reconhecendo ao mesmo ou aos seus dependentes o direito a benefícios durante o período em que a inscrição estiver cancelada, observando-se ainda as carências previstas no Art. 7º, para a concessão de futuros benefícios, a partir da reinscrição.

§ 2º - A inscrição como titular poderá ser cancelada a seu pedido, a qualquer momento, desde que inexistam débitos para com o PLANO.

CAPÍTULO V

DA ADMINISTRAÇÃO

Art. 25 - O PLANO será administrado pela FUNDAÇÃO, que elaborará as normas de funcionamento e credenciamento dos prestadores de serviços, cobranças, multas, recebimentos e ações pertinentes, mediante uma contribuição equivalente a 15% (quinze por cento) do valor das contribuições sociais vertidas para o PLANO.

Art. 26 - A FUNDAÇÃO se compromete a manter toda a movimentação do PLANO contabilizada em separado dos demais planos por ela mantidos ou administrados, sendo facultado à MANTENEDORA o exame de toda a documentação atinente, como também encaminhar, mensalmente, relatórios pertinentes à PATROCINADORA.

Art. 27 - Sem prejuízo da atuação dos órgãos institucionais da FUNDAÇÃO, as atividades relacionadas a este PLANO serão supervisionadas por um Conselho de Curadores composto pelos seguintes membros titulares:

- I. Diretor de Seguridade Social da FUNDAÇÃO;
- II. Gerente Assistencial da FUNDAÇÃO;
- III. 3 (três) empregados da MANTENEDORA.
- IV. - Os membros mencionados nos incisos I e II deste artigo participarão do Conselho de Curadores durante o período em que estiverem no exercício dos respectivos cargos e, em sua ausência, serão representados pelos seus substitutos.

§ 2º - O Conselho de Curadores será presidido pelo Diretor de Seguridade Social da FUNDAÇÃO que, além de voto comum, terá direito ao voto de qualidade nas decisões em que se registrar empate.

§ 3º - O Conselho de Curadores se reunirá ordinariamente, com um mínimo de 03 (três) conselheiros a cada 02 (dois) meses, em dia previamente determinado pelo seu Presidente, ao qual competirá convocar reuniões extraordinárias, quando julgar necessário e se solicitado.

§ 4º - Os membros do Conselho previstos no inciso III do presente artigo terão mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos por mais um período, através de novas indicações feitas dentro do disposto neste Regulamento.

Art. 28 - São atribuições do Conselho de Curadores:

- I. acompanhar e avaliar mensalmente o desempenho do PLANO, através da apresentação de balancetes e relatórios gerenciais pela FUNDAÇÃO;
- II. propor e sugerir mudanças e melhorias necessárias ao bom desempenho do PLANO;
- III. examinar, permanentemente, os demonstrativos elaborados pela área de planejamento da FUNDAÇÃO e/ou pelo atuário responsável, avaliando os benefícios concedidos e o fiel cumprimento do Regulamento;
- IV. sugerir à Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO as alterações no Regulamento que julgar necessárias ao melhor desempenho dos serviços prestados pelo PLANO, inclusive quando da necessidade de revisão das coberturas e das taxas de contribuição para o seu custeio;
- V. examinar e emitir parecer anual sobre a Prestação de Contas do PLANO, após Parecer da Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO;
- VI. deliberar sobre os recursos impetrados pelos participantes do PLANO, conforme os direitos assegurados neste Regulamento;
- VII. analisar e julgar os casos de suspensão ou exclusão dos participantes do PLANO;
- VIII. examinar e resolver os casos omissos no Regulamento e nas resoluções que o disciplinam.

CAPÍTULO VI

DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Seção I

DAS INSTRUÇÕES GERAIS

Art. 29 - A cobertura dos benefícios poderá ocorrer através de um dos seguintes procedimentos de atendimento:

- I. na rede credenciada;
- II. reembolso.

Parágrafo Único - A FUNDAÇÃO poderá ainda proporcionar aos seus titulares descontos sobre os preços de mercadoria e serviços diversos, mediante convênios com entidades e empresas.

Art. 30 - A FUNDAÇÃO poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar perícias médicas de quaisquer tratamentos autorizados conforme o presente capítulo, com vistas a comprovar sua necessidade, realização e eficácia.

Art. 31 - As autorizações para a realização dos procedimentos previstos neste Regulamento terão o prazo de validade de 30 (trinta) dias.

Parágrafo Único - Após o vencimento, essas autorizações deverão ser obrigatoriamente revalidadas.

Art. 32 - A FUNDAÇÃO não se responsabilizará pelo pagamento dos serviços prestados em desacordo com as normas constantes deste Regulamento, bem como pelo atendimento a pessoas não integrantes do PLANO.

§1º - As faturas e contas referentes aos serviços prestados deverão ser encaminhadas à FUNDAÇÃO nos dias 15 (quinze) e 30 (trinta) de cada mês, ocorrendo o seu pagamento até o último dia útil da quinzena subsequente.

Art. 33 - Os participantes deverão identificar-se através da apresentação de carteira de identificação emitida pela FUNDAÇÃO, acompanhada de documento oficial de identidade.

§ 1º - A carteira de identificação será pessoal, de uso restrito e intransferível, respondendo o participante por sua utilização indevida.

§ 2º - A perda, extravio, roubo ou furto da carteira de identificação deverá ser imediatamente comunicada pelo participante à FUNDAÇÃO, para bloqueio da utilização, sob pena de responder pelo valor indevidamente suportado, acrescido de multa, juros e encargos.

§ 3º - O participante que, sob qualquer modo ou condição, admitir a utilização de sua carteira de identificação por terceiros será inicialmente advertido, terá seu grupo familiar submetido à suspensão do direito de utilizar o PLANO por 6 (seis) meses, além de sujeitar-se ao pagamento dos valores indevidamente honrados, acrescido de juros, encargos e multa de 50% (cinquenta por cento) do valor do atendimento.

§ 4º - Na hipótese de reincidência do previsto no parágrafo precedente, o grupo familiar do titular será excluído do PLANO, além de sujeitar-se às mesmas penalidades.

§5º - Será cobrada taxa de expediente na emissão de 2ª via da carteira de identificação, à exceção dos casos de comprovado roubo ou furto.

Seção II

DO VALOR DOS SERVIÇOS

Art. 34 - O valor dos serviços prestados relativos aos benefícios mencionados nos Art. 11 e 13 será calculado:

I. em conformidade com as tabelas praticadas pela FUNDAÇÃO para os honorários médicos, exames laboratoriais e radiológicos e para as diárias e serviços hospitalares;

II. pelos valores estabelecidos no BRASÍNDICE ou no Diário Oficial da União, para os medicamentos, e pelo valor de mercado, mediante nota fiscal, para os materiais e equipamentos.

Seção III

ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E DE DIAGNÓSTICO

Art. 35 - Os profissionais ou entidades credenciados, prestadores de serviços médico-hospitalares e de diagnóstico serão pagos diretamente pela FUNDAÇÃO.

Art. 36 - O retorno ao profissional credenciado, com a finalidade de complementar o diagnóstico médico em prazo não superior a 15 (quinze) dias, não será considerado consulta, sendo vedada a emissão de novo comprovante de prestação de serviços.

Art. 37 - O não comparecimento no horário previamente marcado para a consulta, sem o devido cancelamento com pelo menos 6 (seis) horas de antecedência, implicará em débito ao titular do seu valor integral.

Art. 38 - O credenciado fica autorizado a realizar as terapias e exames que julgar necessários, sendo que os procedimentos de valor superior a R\$50,00 (cinquenta reais), somente poderão ser realizados após autorização prévia da FUNDAÇÃO e condicionados ao parecer do médico de sua designação.

§ 1º - O limite estabelecido no caput do artigo poderá ser majorado de acordo com a variação dos custos dos serviços de saúde.

§ 2º - Fica ressalvado o direito da FUNDAÇÃO argüir o credenciado, caso os exames complementares de diagnóstico, realizados ou solicitados, não estejam dentro de um padrão normal de ocorrência.

§ 3º - Juntamente com o comprovante de prestação de serviços, o credenciado deverá encaminhar laudo médico justificando a necessidade de realização de terapia ou exames.

Art. 39 - No caso de exames complementares de diagnóstico, os comprovantes de prestação de serviços deverão vir acompanhados de pedido emitido por profissional devidamente habilitado, excluídos desta exigência os exames realizados no consultório do próprio profissional.

Parágrafo Único - Os exames complementares deverão ser solicitados em receituário próprio do profissional, não se admitindo o simples preenchimento de impressos.

Art. 40 - Os comprovantes de prestação de serviços somente serão considerados, para efeito de pagamento, se efetuados e relacionados em impressos próprios da FUNDAÇÃO, devidamente preenchidos e assinados pelo participante e pelo credenciado.

Parágrafo Único - No caso do participante ser menor de idade ou legalmente incapaz, os comprovantes a que se refere o *caput* do artigo deverão ser assinados por seu titular ou responsável legal.

Art. 41 - Nos casos de internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, o participante deverá encaminhar à FUNDAÇÃO laudo médico atestando a necessidade da realização do procedimento, podendo a FUNDAÇÃO, a seu critério, solicitar o comparecimento do paciente para submeter-se à perícia médica.

Parágrafo Único - Nos casos de comprovada urgência ou emergência médica, o participante poderá ser atendido sem a respectiva autorização, devendo, nestes casos, o laudo médico ser preenchido a posteriori, no prazo de 03 (três) dias úteis para a competente autorização.

Seção IV

DO REEMBOLSO

Art. 42 - Os titulares que se valerem de serviços médicos, de diagnósticos ou hospitalares não credenciados terão direito ao reembolso das despesas efetuadas, conforme as tabelas de valores de serviços adotadas pela FUNDAÇÃO, obedecido o percentual de co-participação nas despesas.

§ 1º - Somente serão reembolsadas despesas cobertas pelo PLANO.

§ 2º - A diferença entre o valor da despesa e o do reembolso é de exclusiva responsabilidade do titular.

§ 3º - Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

§ 4º - Os reembolsos somente serão processados após o recebimento pela FUNDAÇÃO de toda a documentação referente ao procedimento realizado, assim entendidos os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

§ 5º - O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega dos comprovantes.

§ 6º - Os recibos dos procedimentos pagos pelo participante deverão ser emitidos em seu nome.

§ 7º - O reembolso de consulta médica fica limitado a uma consulta, por especialidade médica, para um mesmo participante, em um mesmo mês.

Art. 43 - O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da FUNDAÇÃO, até o prazo de 90 (noventa) dias, após a realização do procedimento, acompanhado da documentação comprobatória original, datada, que deverá obedecer aos seguintes requisitos:

I. se pessoa física: ser emitida pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda;

II. se pessoa jurídica: ser emitida através de nota fiscal de serviços, contendo número de registro no CNPJ.

§ 1º - Em ambos os casos deverão ser discriminados os procedimentos ou atendimentos contendo o CID, se for o caso, número de atendimentos realizados, laudo do profissional que assiste o participante, expressão numérica e por extenso do valor do procedimento, data e assinatura do profissional.

§ 2º - Nas contas hospitalares, deverão ser discriminadas todas as despesas realizadas (taxas, número e período das diárias, número e espécie dos exames, tempo e quantidade de anestésicos, medicamentos, materiais, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos) e os respectivos preços unitários.

Seção V

DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 44 - O prestador de serviços assumirá perante a FUNDAÇÃO toda a responsabilidade técnica e legal sobre diagnósticos, tratamentos, qualidade, adequação e proporcionalidade dos serviços prestados aos participantes e responderá integralmente, inclusive por regresso, caso o PLANO venha a sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo decorrente de serviços prestados por ele.

Art. 45 - Os contratos de convênios especificarão os direitos, deveres e obrigações das partes e será elaborado conforme entendimentos e negociações entre a FUNDAÇÃO e os credenciados.

Parágrafo Único - Serão conveniados pela FUNDAÇÃO os profissionais médicos e estabelecimentos que melhor atendam aos seus interesses.

Art. 46 - A condição de credenciado impõe a obrigação de zelar pela correta aplicação das regras estabelecidas, além de não praticar e de não permitir que seja praticado ato ou fato comissivo ou omissivo que, de qualquer forma ou por qualquer meio, seja prejudicial ao PLANO.

§ 1º - Para fins deste Regulamento será entendido como ato ou fato prejudicial ao PLANO todo aquele que, de forma direta ou indireta, viole regra de concessão dos benefícios cobertos, por meio de fraude ou simulação.

§ 2º - Os atos ou fatos comissivos ou omissivos prejudiciais ao PLANO, praticados por credenciado prestador de serviço, serão punidos com as seguintes penalidades, conforme o caso:

- a) na primeira ocorrência, advertência e comunicação formal;
- b) na reincidência, ressarcimento do valor indevidamente cobrado, descredenciamento e cancelamento do contrato ou convênio, com comunicação ao Ministério da Saúde e aos participantes.

§ 3º - Caso seja constatada a prática de ato ou fato prejudicial ao PLANO por prestadores de serviço em sistema de reembolso, esses terão a ocorrência notificada e comunicada ao Ministério da Saúde e aos participantes, e não mais serão admitidos reembolsos de despesas de atendimentos por eles realizados.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS E FINAIS

Seção I

DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS

Art. 47 – A reserva técnica prevista no Art. 17 será constituída pelo resultado das aplicações financeiras e pela diferença entre o montante das contribuições em relação ao total das despesas mensais, ficando estabelecido um limite inferior de 3(três) vezes a receita média mensal, apurada nos 3(três) meses imediatamente anteriores.

§ 1º - A reserva técnica será reavaliada semestralmente, e, sempre que seu valor estiver abaixo do limite técnico previsto no caput deste artigo, será cobrada uma contribuição adicional dos participantes titulares, seus dependentes diretos, da MANTENEDORA, na forma dos §§ subsequentes.

§ 2º - O percentual de contribuição adicional dos titulares e de seus dependentes diretos serão os seguintes:

I - participantes titulares previstos nas letras “a” a “c” do inciso I do Art. 2º: 0,215% (duzentos e quinze milésimos por cento) pela sua inscrição e de 0,254% (duzentos e cinquenta e quatro milésimos por cento) para cada dependente direto inscrito;

II - participantes titulares previstos nas letras “d” a “g” do inciso I do Art. 2º: 0,430% (quatrocentos e trinta milésimos por cento) e de 0,508% (quinhentos e oito milésimos por cento) para cada dependente direto inscrito.

§ 3º - A MANTENEDORA recolherá contribuições adicionais equivalentes ao montante das contribuições adicionais relativas aos seus participantes, apuradas na forma prevista no inciso I do § precedente.

Seção II

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 48 – O presente Plano de Assistência à Saúde é oferecido aos empregados, aposentados, pensionistas de ex-empregados da PRODEMGE e seus dependentes, em extensão aos benefícios oferecidos aos participantes do Plano Previdencial RP5-I e RP5-II, sendo suas operações custeadas pela MANTENEDORA e participantes, contabilizadas em separado e administrado pela FUNDAÇÃO.

Art. 49 - Respeitadas as disposições do presente Regulamento, a Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO emitirá as resoluções necessárias a disciplinar o funcionamento do PLANO.

Art. 50 - Este Regulamento e suas alterações ficam sujeitos à aprovação do Conselho de Curadores do PLANO, homologação pela Diretoria da MANTENEDORA e entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO.

TABELA PROGRESSIVA I	
Faixas Etárias	Valores
0 a 17 anos	R\$ 65,00
18 a 29 anos	R\$ 65,00
30 a 39 anos	R\$ 70,00
40 a 49 anos	R\$ 75,00
50 a 59 anos	R\$110,00
60 a 69 anos	R\$150,00
70 e acima	R\$230,00

Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2002.

FUNDAÇÃO

MANTENEDORA

LEOPOLDO BESSONE
Diretor Presidente

ANTONIO CARLOS PASSOS DE CARVALHO
Diretor Presidente

RENATO MARTINI
Diretor Administrativo e Financeiro

DÓRIS MIRIAN GOMES MALARD COSTA
Diretora de Negócios

JOÃO ANTONIO VIDAL DE CARVALHO
Diretor de Seguridade

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ÍNDICE

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE.....	1
CAPÍTULO II - DOS PARTICIPANTES.....	1
Seção I - DA INSCRIÇÃO	1
Seção II - DAS CARÊNCIAS.....	3
Seção III - DO CANCELAMENTO, DA SUSPENSÃO E DA EXCLUSÃO	3
CAPÍTULO III - DOS BENEFÍCIOS.....	5
Seção I - DAS COBERTURAS AMBULATORIAIS	5
Subseção I - DOS EVENTOS COBERTOS	5
Subseção II - DOS EVENTOS NÃO COBERTOS	5
Seção II - DAS COBERTURAS HOSPITALARES E OBSTÉTRICAS	6
Subseção I - DOS EVENTOS COBERTOS	6
Subseção II - DOS EVENTOS NÃO COBERTOS	8
CAPÍTULO IV - DO CUSTEIO E DA PARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS	9
CAPÍTULO V - DA ADMINISTRAÇÃO.....	11
CAPÍTULO VI - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	12
Seção I - DAS INSTRUÇÕES GERAIS.....	12
Seção II - DO VALOR DOS SERVIÇOS.....	13
Seção III - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E DE DIAGNÓSTICO.....	13
Seção IV - DO REEMBOLSO.....	14
Seção V - DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS.....	15
CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS E FINAIS	16
Seção I - DAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS.....	16
Seção II - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	16