

REGULAMENTO DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS VINCULADOS À EXTINTA MINASCAIXA

Capítulo I DA QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

Art. 1º. A **PREVIMINAS – Fundação de Seguridade Social de Minas Gerais**, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde, sem fins lucrativos, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 37821-6 e enquadrada na segmentação Autogestão, inscrita no CNPJ sob o nº 20.119.509/0001-65, estabelecida na Avenida Álvares Cabral, nº 200, 16º andar, CEP 30170-000, na cidade de Belo Horizonte / MG, doravante denominada **PREVIMINAS**, é a instituição que administrará o Plano Privado de Assistência à Saúde objeto deste Regulamento.

Art. 2º. O Plano Privado de Assistência à Saúde de que trata este Regulamento destina-se aos beneficiários titulares regularmente inscritos, vinculados à extinta **MINASCAIXA - Caixa Econômica do Estado de Minas Gerais**, bem como aos seus respectivos dependentes e dependentes especiais, nos termos deste instrumento.

Capítulo II DO OBJETO E NATUREZA DO REGULAMENTO

Art. 3º. O presente Regulamento tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando à assistência médico-hospitalar, com obstetrícia, e abrangendo a cobertura descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste Regulamento.

Art. 4º. O presente instrumento trata-se de um regulamento de plano de assistência à saúde, que traça as diretrizes do Plano Privado de Assistência à Saúde designado no art. 5º, possuindo características de um instrumento de adesão.

Capítulo III DO PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 5º. A **PREVIMINAS** oferecerá, aos beneficiários regularmente inscritos, Plano Privado de Assistência à Saúde, titulado “Plano dos Ex-MinasCaixa”, anterior à Lei nº 9.656/98 e adaptado às suas regras, doravante denominado simplesmente **PLANO**.

Art. 6º. O **PLANO** se caracteriza por ser do tipo Coletivo por Adesão, previsto na Resolução nº14/1998, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU.

Art. 7º. Nos termos da Resolução nº14/1998 do CONSU, considerando que o número de beneficiários inscritos sempre será maior do que 50 (cinquenta), não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, porém será exigido o cumprimento de prazos de carência.

Art. 8º. O **PLANO** possui a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, prevista nos incisos I, II e III, do artigo 12 da Lei nº 9.656/1998.

Capítulo IV DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 9º. A assistência à saúde será prestada nos limites do Estado de Minas Gerais, sendo essa a **área de abrangência geográfica do PLANO.**

Art. 10. Nos termos da legislação vigente, a área geográfica de abrangência acima mencionada é qualificada como Estadual.

Capítulo V DA SEGMENTAÇÃO E DO PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

Art. 11. O **PLANO** possui a segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, prevista nos incisos I, II e III, do artigo 12 da Lei nº 9.656/1998.

Art. 12. As internações hospitalares ocorrerão em **acomodações individuais, conhecida como apartamento standard/privativo, com direito a acompanhante.**

Parágrafo Único - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos credenciados pela **PREVIMINAS**, na acomodação em que o beneficiário foi inscrito, a ele será garantido o acesso à acomodação em nível superior à prevista, sem ônus adicional, na rede credenciada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Capítulo VI DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 13. Poderão se inscrever no **PLANO**, nas seguintes categorias:

- I. **Titulares Ativos**: ex-servidores da MINASCAIXA, que, na data de adesão originária ao **PLANO**, se vinculavam à extinta entidade, na qualidade de seus empregados ou diretores.

II. **Titulares Assistidos:** ex-servidores da MINASCAIXA, que, na data de adesão originária ao **PLANO**, enquadravam-se na categoria de demitidos sem justa causa, aposentados e pensionistas de ex-empregados da MINASCAIXA.

III. **Dependentes Diretos:**

- a) o cônjuge;
- b) o companheiro, assim considerado quando houver união estável, caracterizada nos termos do Código Civil Brasileiro, configurada quando haja convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família;
- c) o filho e o enteado menores de 24 (vinte e quatro) anos;
- d) o menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela ou curatela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada.

IV. **Dependentes Especiais:**

- a) o filho, o enteado, o tutelado ou curatelado e o menor sob guarda, quando perderem a condição de dependentes diretos;
- b) o filho casado;
- c) o genro e a nora;
- d) o neto;
- e) os pais; e
- f) o ex-cônjuge que receba pensão alimentícia do titular, e que sua permanência ou inclusão tenha sido por decisão judicial.

Parágrafo Único - No caso do beneficiário titular não inscrever nenhum dependente direto, dentre os descritos no inciso III deste artigo, ser-lhe-á facultada a inscrição dos pais, como dependentes diretos, desde que vivam comprovadamente sob sua dependência econômica e não auferirem rendimentos mensais de qualquer natureza em valores superiores a 3 (três) salários mínimos vigentes, conforme relatório do Serviço Social da PREVIMINAS. A inscrição dos pais se dará após aprovação do Conselho de Curadores, sendo vedada a inscrição, se originalmente inscritos como dependentes especiais.

Seção I Da Inscrição

Art. 14. A inscrição do titular dar-se-á mediante preenchimento do Termo de Adesão, no qual será manifestada sua concordância com os termos deste Regulamento.

§1º. A inscrição dos dependentes e dos dependentes especiais dar-se-á igualmente mediante preenchimento de Termo de Adesão, pelo titular, ao qual deverá ser anexado os documentos

comprobatórios da relação de parentesco, com as respectivas declarações de estado civil dos dependentes.

§2º. O dependente direto, que perder as condições de inscrição nessa categoria, deverá requerer à **PREVIMINAS**, por escrito, a sua inscrição na categoria de dependentes especiais.

Art. 15. No caso em que o beneficiário titular solicitar a inscrição ou permanência de ex-cônjuge por decisão judicial, é facultado inscrevê-lo na condição de dependente especial.

Art. 16. É assegurada a inclusão, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular:

- I - Do recém-nascido, filho do beneficiário, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do nascimento e que o beneficiário (pai ou mãe) tenha cumprido o prazo de carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo;**
- II - Do cônjuge inscrito pelo beneficiário titular, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data do casamento**, exceto para partos a termo, quando deverá ser cumprido o período de carência de 300 (trezentos) dias, bem como 180 (cento e oitenta) dias para quimioterapia e radioterapia.
- III - Dos pensionistas do beneficiário titular, **desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data do óbito**, observando-se, ainda, ao disposto nos parágrafos deste artigo;
- IV - Do filho adotivo do beneficiário, menor de 12 (doze) anos de idade.

Parágrafo Único. Ultrapassados os prazos citados neste artigo, será obrigatório o cumprimento integral das carências.

Art. 17. Aos dependentes do beneficiário titular falecido será assegurado o direito de continuar usufruindo dos benefícios assistenciais ofertados pelo **PLANO**, enquanto permanecerem no plano de benefícios de natureza previdenciária destinado aos beneficiários vinculados à extinta **MINASCAIXA - Caixa Econômica do Estado de Minas Gerais**, desde que a solicitação da inscrição seja feita pelo responsável pelo grupo de dependentes, se juridicamente capaz, ou por quem tiver a guarda, no caso do titular da pensão ser menor.

Seção II

Da Suspensão ou Cancelamento da Inscrição

Art. 18. Perderá o direito aos benefícios ofertados pelo **PLANO**:

- I - **Titular:**
 - a) pelo cancelamento de sua inscrição;
 - b) pelo seu falecimento;
 - c) por inadimplência, nos termos previstos neste Regulamento.

II - Dependente Direto:

- a) pelo cancelamento da inscrição do beneficiário titular ao qual esteja vinculado;
- b) pelo seu falecimento;
- c) no caso do cônjuge, pelo abandono do lar sem justo motivo, desde que reconhecida a hipótese por autoridade judiciária;
- d) a pedido do beneficiário titular, desde que a manutenção de sua inscrição não seja obrigatória por determinação de decisão judicial.

III - Dependente Especial:

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

Art. 19. Poderá o beneficiário titular ter sua inscrição suspensa ou cancelada 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 do beneficiário titular implicará na automática suspensão ou cancelamento da inscrição dos seus dependentes.

Art. 20. Em caso da 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, variável de 50% (cinquenta por cento) a 100% (cem 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 prática 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 **PREVIMINAS** 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.

Art. 21. O titular que deixar de recolher as contribuições a que se obrigou na data exigível, pelo prazo de 30 (trinta) dias consecutivos, terá a fruição dos serviços suspensa e, caso não regularize seus débitos em até 30 (trinta) dias, contados do primeiro dia de atraso, terá a sua inscrição cancelada, sem prejuízo da cobrança do valor total devido, acrescido de multa e juros legais.

§ 1º. A **PREVIMINAS** notificará previamente o titular inadimplente, no 20º (vigésimo) dia de atraso, anteriormente à suspensão, bem como no 50º (qüinquagésimo) dia de atraso, anteriormente ao cancelamento da inscrição, caso perdure a inadimplência.

§ 2º. A condição de titular, perdida nos termos do *caput* do artigo, poderá ser readquirida, não se reconhecendo a esse ou aos seus dependentes o direito a benefícios durante o período em que a inscrição estiver cancelada, observando-se ainda as carências previstas neste Regulamento, para a concessão de futuros benefícios, a partir da reinscrição.

§ 3º. A exclusão em razão de inadimplência, ainda que requerida pelo próprio Titular, não o isento do pagamento dos valores em atraso e não extingue eventuais débitos constituídos com o **PLANO**, os quais serão cobrados pela **PREVIMINAS** utilizando-se dos meios legais cabíveis.

Capítulo VII DOS BENEFÍCIOS

Seção I Da Cobertura Ambulatorial

Art. 22. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08, observadas as seguintes coberturas:

- I - consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétrica para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados e indicados pelo médico assistente devidamente habilitado, nos termos deste regulamento, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;
- III - Consulta e sessões com nutricionista, solicitados e indicados pelo médico assistente, limitadas a 6 (seis) consultas/sessões por ano, não cumulativas;
- IV - Consulta e sessões com fonoaudiólogo, solicitados e indicados pelo médico assistente, limitadas a 8 (oito) consultas/sessões por mês, não cumulativas;
- V - Consulta e sessões com terapeuta ocupacional, solicitados e indicados pelo médico assistente, limitadas a 8 (oito) consultas/sessões por mês, não cumulativas;
- VI - Procedimentos de fisioterapia definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08, que poderão ser

realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;

VII - procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) radioterapia, conforme procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08 para a segmentação ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08 para a segmentação ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial; e
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com (i) miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou (ii) hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

Art. 23. É garantido o tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, abrangendo:

- I - atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem risco de morte ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros, ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- II - psicoterapia, limitada a 12 (doze) sessões para cada ano, contado a partir da data de adesão ao **PLANO**;
- III - 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.

Seção II

Da Cobertura Hospitalar com Obstetrícia

Art. 24. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08, em regime de internação, inclusive cobertura dos procedimentos relativos ao atendimento pré-natal, da assistência ao parto, e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, e inclui:

- I - Internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II - Internação hospitalar em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor e quantidade, a critério do médico assistente;
- III - Diária de internação hospitalar, na acomodação objeto deste Regulamento;
- IV - Despesa referente a honorários médicos provenientes da assistência de clínicos, cirurgiões, auxiliares, anestesistas e de outros profissionais imprescindíveis ao atendimento;
- V - Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VI - Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- VII - Alimentação normal ou prescrita pelo médico assistente;
- VIII - Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- IX - Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento;
- X - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou do beneficiário inválido, inscrito no **PLANO** nessa condição, conforme regras estipuladas neste instrumento, nas mesmas condições da cobertura do **PLANO**, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XI - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas mesmas condições da cobertura do plano, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XII - Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração das funções em órgãos, membros e regiões que estejam causando problemas funcionais;
- XIII - Cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
- XIV - Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- XV - Órteses e próteses nacionais, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico;

- XVI -** Órteses e próteses nacionalizadas, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, desde que comprovada a inexistência de similar nacional;
- XVII -** Procedimentos especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação e prescritos pelo médico assistente, aqui considerados:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
 - b) quimioterapia;
 - c) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição enteral e parenteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) embolizações e radiologia intervencionista;
 - h) exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
 - i) Procedimentos de fisioterapia, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação e indicação do médico assistente;
 - j) acompanhamento clínico no pós-operatório dos pacientes submetidos a transplantes de rim e de córnea, exceto medicação de manutenção.
- XVIII -** Procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto;
- XIX -** Assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 60 (sessenta) dias após a realização de parto, desde que o beneficiário tenha cumprido prazo de carência de 300 (trezentos) dias para parto a termo;
- XX -** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer;
- XXI -** Mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral em função de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.

Art. 25. É garantido o tratamento dos transtornos psiquiátricos codificados na CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Resolução do CONSU nº 11/1998 e normas complementares, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, compreendendo:

- I -** O custeio integral de até 30 (trinta) dias de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- II -** O custeio integral de até 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, 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;
- III -** A cobertura de 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, sendo estendida a

180 (cento e oitenta) dias, por ano, não cumulativos, para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na CID-10.

Art. 26. É garantida a cobertura de transplantes de córnea e de rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

§ 1º. Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

- I - as despesas assistenciais com doadores vivos;
- II - os medicamentos utilizados durante a internação;
- III - o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

§ 2º. O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, nos termos previstos na Resolução do CONSU nº 12/1998.

Art. 27. Também é garantida a cobertura para transplantes autólogos, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08.

Art. 28. Nos atendimentos odontológicos garantidos pela cobertura hospitalar, deve-se observar as seguintes regras:

O imperativo clínico definido para a cobertura de procedimentos odontológicos caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente;

O cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

A estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, têm a cobertura garantida pelo presente Regulamento, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos pelo presente Regulamento, a exceção dos procedimentos definidos e listados

no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08;

Os exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza buco-maxilo-facial ou para procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico demandarem internação hospitalar, terão cobertura assegurada pelo presente Regulamento, inclusive quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

Seção III Da Remoção

Art. 29. Estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o hospital de destino), na forma da Lei, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou 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 (**caso o paciente ainda não tenha esse direito, em razão de estar em cumprimento de períodos de carência**), sendo que, nessa última hipótese:

- I - quando não possa haver remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **PREVIMINAS** desse ônus;
- II - caberá à **PREVIMINAS** o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III - a **PREVIMINAS** deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
- IV - quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não componha o SUS, nos termos descritos neste artigo, a **PREVIMINAS** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Seção IV Dos Atendimentos de Urgência e de Emergência

Art. 30. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Art. 31. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 32. Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, de forma integral e sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da adesão do beneficiário no **PLANO**, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções dos beneficiários, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- I - Quando o atendimento de emergência for efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nos moldes da cobertura ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação;
- II - Quando o atendimento de urgência for decorrente de complicações no processo gestacional e efetuado no período de carência, é limitado a 12 (doze) horas de atendimento, nas mesmas condições estabelecidas na cobertura ambulatorial;
- III - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, inclusive para internação, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência da adesão do beneficiário no PLANO.

Seção V **Da Cobertura Adicional**

Art. 33. Os serviços abaixo poderão ser prestados por profissionais conveniados à **PREVIMINAS**, descritos no catálogo entregue aos Beneficiários:

- I - Odontologia;
- II - Fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia, acima dos limites previstos neste Regulamento.

Parágrafo Único - Os custos dos serviços obedecerão aos valores constantes da tabela especial do convênio e deverão ser pagos na forma a ser instituída pela **PREVIMINAS** e divulgada aos participantes.

Seção VI **Do Reembolso**

Art. 34. Nos casos de urgência ou de emergência, quando não for utilizada a rede credenciada do **PLANO**, será assegurado o reembolso das despesas realizadas pelos beneficiários, **dentro do território nacional**.

Art. 35. Será também assegurado o ressarcimento de despesas pagas diretamente pelo beneficiário a profissionais e estabelecimentos não credenciados, **relativas a atendimentos eletivos, efetuados nos limites da área de abrangência geográfica do PLANO**.

Art. 36. Os reembolsos, em qualquer hipótese, se darão conforme cobertura especificada neste Regulamento e de acordo com os valores previstos na Tabela de Referência utilizada pela **PREVIMINAS** vigente à data do evento.

Parágrafo Único - Entende-se por Tabela de Referência, para fins do disposto neste Regulamento, a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela **PREVIMINAS** no pagamento à rede credenciada.

Art. 37. Serão descontados do reembolso eventuais valores de co-participação previstos neste Regulamento.

Art. 38. A diferença entre o valor da despesa e o valor do reembolso é de exclusiva responsabilidade do beneficiário titular.

Art. 39. Às solicitações de reembolso aplicam-se as exigências e limitações impostas aos casos de procedimentos realizados por profissionais ou entidades credenciados.

Art. 40. Os reembolsos somente serão processados após o recebimento, pela **PREVIMINAS**, de toda a documentação referente ao procedimento realizado, assim entendidos os honorários médicos, medicamentos, diárias, taxas e serviços hospitalares.

Art. 41. O reembolso será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, previsto na legislação, após a entrega dos comprovantes.

Art. 42. Os recibos dos procedimentos pagos pelo beneficiário deverão ser emitidos em seu nome.

Art. 43. O pedido de reembolso deverá ser feito em impresso próprio da **PREVIMINAS**, 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 procedimento ou atendimentos contendo o CID, se for o caso, número de atendimentos realizados, laudo do profissional que assiste o beneficiário, 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.

Capítulo VIII DAS EXCLUSÕES

Art. 44. Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do CONSU, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08, estão excluídos da cobertura do PLANO os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Regulamento e os provenientes de:

- I - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da PREVIMINAS sem atendimento às condições previstas neste Regulamento;**
- II – Atendimentos prestados antes do início da vigência do PLANO ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições previstas neste Regulamento;**
- III - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, incluindo materiais importados não reconhecidos pelos órgãos e autoridades brasileiras;**
- IV - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;**
- V - Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;**
- VI - Inseminação artificial;**
- VII - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- VIII - Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;**
- IX - Transplantes, à exceção de córnea e de rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08;**
- X - Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica) inclusive relacionadas com acidentes, exceto cirurgias buco-maxilo-faciais, que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico demandarem internação hospitalar;**
- XI - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;**
- XII - Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;**
- XIII - Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- XIV - Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**

- XV - Despesas extraordinárias, telefonemas, uso de televisão, artigos de toalete, medicamentos não prescritos em internação hospitalar, aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XVI - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- XVII - Aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes, ressalvadas as fornecidas em campanhas aprovadas pelo PLANO;**
- XVI - Cirurgias oftalmológicas, denominada cirurgia refrativa (PRK ou Lasik), para pacientes com idade inferior a 18 (dezoito) anos, ou que não preencham os caracteres clínicos descritos neste Regulamento como condicionantes à cobertura para o procedimento;**
- XVIII - Exames destinados à prova de paternidade;**
- XIX - Serviços de enfermagem em caráter particular;**
- XX - Qualquer tipo de atendimento domiciliar;**
- XXI - Procedimentos relacionados com acidente de trabalho e suas conseqüências, incluindo cirurgia plástica reparadora, exames admissionais, demissionais ou periódicos;**
- XXII - Necropsias, medicina ortomolecular e mineralogia do cabelo;**
- XXIII - Aparelhos ortopédicos;**
- XXIV - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- XXV- Tratamentos de saúde feitos no exterior;**
- XXVI - Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do Beneficiário, exceto para pacientes menores de 18, maiores de 60 anos e gestantes, nos termos definidos neste Regulamento;**
- XXVII - Estadia de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;**
- XXVIII - Avaliações pedagógicas;**
- XXIX - Orientações vocacionais;**
- XXX - Psicoterapia com objetivos profissionais;**
- XXXI - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto na Resolução Normativa nº 167/08;**
- XXXII - Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.**

Capítulo IX DAS CARÊNCIAS

Art. 45. As coberturas previstas neste Regulamento serão ofertadas aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento das seguintes carências, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, artigo 12 da Lei nº 9.656/1998 e Resolução nº 14/1998, do CONSU, para planos coletivos por adesão:

- I- 24(vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência, observado o disposto neste Regulamento;**

- II - 30 (trinta) dias para consultas e exames complementares;
- III - 180 (cento e oitenta) dias para internações;
- IV - 180 (cento e oitenta) dias para as demais coberturas, inclusive quimioterapia e radioterapia;
- V - 300 (trezentos) dias para partos a termo.

Parágrafo Único - Os prazos de carência previstos neste artigo serão também observados na reinscrição de titulares e de seus dependentes e começam a ser computados da data da adesão do beneficiário ao PLANO.

Capítulo X DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Seção I Da Prestação dos Serviços

Art. 46. A **PREVIMINAS** prestará seus serviços por meio dos seguintes sistemas:

- I - **Escolha dirigida:** que compreende o atendimento prestado aos beneficiários do **PLANO** por meio de rede credenciada;
- II - **Livre escolha:** que compreende o ressarcimento de despesas pagas diretamente pelo beneficiário a profissionais e estabelecimentos não credenciados, **relativas a atendimentos eletivos efetuados nos limites da área de abrangência geográfica do PLANO**, nos valores especificados na Tabela de Referência da **PREVIMINAS**, em vigor na data do atendimento, obedecidas as demais regras regulamentares.

Art. 47. Será entregue, aos beneficiários, catálogo próprio informando a relação dos profissionais médicos e estabelecimentos que compõem a rede credenciada do **PLANO**.

Art. 48. Os profissionais ou entidades credenciados, prestadores de serviços médico-hospitalares e de diagnóstico serão pagos diretamente pela **PREVIMINAS**.

Art. 49. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, lactantes e lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

Art. 50. 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. 51. 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. 52. A **PREVIMINAS** poderá ampliar, excluir ou substituir prestadores de serviço e locais de atendimento previstos neste Regulamento e no catálogo referido no artigo antecedente, respeitando-se ao disposto no artigo 17 da Lei nº 9.656/1998.

Seção II

Dos Mecanismos de Regulação

Art. 53. A **PREVIMINAS** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, realizar perícias médicas de quaisquer tratamentos autorizados, com vistas a comprovar sua necessidade, realização e eficácia.

Art. 54. Dependirão de autorização prévia da **PREVIMINAS**:

- I - Os procedimentos cujo valor indicado na Tabela de Referência da **PREVIMINAS** ultrapasse o limite de R\$ 90,00 (noventa reais);
- II - As internações clínicas, cirúrgicas ou psiquiátricas;
- III - Os tratamentos, assim definidos na Tabela de Referência da **PREVIMINAS**, tais como, tratamentos dermatológicos, fisioterápicos etc.

§ 1º. O limite de valor apontado neste Regulamento, para fins de requerimento de autorização prévia, poderá ser majorado de acordo com a variação dos custos dos serviços de saúde.

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

Art. 55. As consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, dependerão de indicação e solicitação do médico assistente.

Art. 56. No caso de exames complementares de diagnóstico, as guias de atendimento deverão ser emitidas por profissional devidamente habilitado, observados os critérios formais e materiais exigidos e adotados pela **PREVIMINAS**.

§ 1º. As guias de atendimento somente serão consideradas, para efeito de pagamento, se efetuadas e relacionadas conforme critérios formais e materiais exigidos e adotados pela **PREVIMINAS**, devidamente preenchidos e assinados pelo beneficiário e pelo credenciado.

§ 2º. No caso do beneficiário ser menor de idade ou legalmente incapaz, as guias de atendimento a que se refere o caput do artigo deverão ser assinadas por seu titular ou responsável legal.

Art. 57. Nos casos de internações clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas, o beneficiário deverá encaminhar à **PREVIMINAS** os documentos necessários para atestar a necessidade da realização do procedimento, conforme critérios formais e materiais exigidos e adotados, podendo a **PREVIMINAS**, 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 beneficiário poderá ser atendido sem a respectiva autorização, devendo a documentação, nestes casos, ser apresentada a posteriori, no prazo de 03 (três) dias úteis para a competente autorização.

Art. 58. Em caso de divergência médica na concessão da autorização prévia, será garantida a instauração de junta médica, para definição do impasse, constituída pelo profissional solicitante do procedimento ou nomeado pelo Beneficiário, por médico da **PREVIMINAS** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **PREVIMINAS**. Caso o Beneficiário escolha um profissional não pertencente à rede credenciada do plano, os honorários desse profissional serão de responsabilidade do Beneficiário.

Art. 59. 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. 60. A **PREVIMINAS** 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.

Subseção I Da Co-Participação

Art. 61. Na utilização, pelos Beneficiários inscritos, dos procedimentos abaixo relacionados, serão devidos os seguintes valores de co-participação:

- I - **Consultas e exames complementares:** co-participação de 30% (trinta por cento) do valor das despesas;
- II - **Sessões de psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional:** co-participação de 30% (trinta por cento) do valor das despesas;

- III - **Internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise:** co-participação de 50% (cinquenta por cento) após o 30º (trigésimo) dia de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, e de 75% (setenta e cinco por cento) vencido esse prazo;
- IV - **Internação 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:** co-participação de 50% (cinquenta por cento) após o 15º (décimo quinto) dia de internação, por ano, não cumulativos, contínuos ou não, e de 75% (setenta e cinco por cento) vencido esse prazo.

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

Seção II

Da Carteira de Identificação

Art. 62. Os beneficiários deverão identificar-se através da apresentação de carteira de identificação, emitida pela **PREVIMINAS**, acompanhada de documento oficial de identidade.

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

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

§ 3º. O beneficiário 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.

Capítulo XI DO CUSTEIO

Seção I Das Fontes de Receita

Art. 63. O **PLANO** será custeado pela reserva constituída especificamente com essa finalidade, constituída pelas seguintes fontes de receita:

- I - Contribuições mensais recolhidas dos beneficiários titulares vinculados à extinta MINASCAIXA, bem como dos respectivos dependentes e dependentes especiais, conforme valores fixados na Tabela anexa ao Regulamento, que indicam os valores aplicáveis aos beneficiários titulares, dependentes e dependentes especiais;
- II - Valores de co-participação eventualmente devidos pelos beneficiários;
- III - Resultado das aplicações financeiras dos recursos disponíveis da **PREVIMINAS**;
- IV - Doações, subvenções, legados e rendas extraordinárias.

Art. 64. Os valores de mensalidades foram fixados em função da idade do beneficiário inscrito e faixas etárias em que se enquadrarem, conforme abaixo:

Faixas Etárias:	Varição de Faixa Etária:
a) 0 a 17 anos de idade	%
b) 18 a 29 anos de idade	%
c) 30 a 39 anos de idade	%
d) 40 a 49 anos de idade	%
e) 50 a 59 anos de idade	%
f) 60 anos e acima	%

Parágrafo Único - Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária são fixados observando que o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

Art. 65. Quando a alteração da idade importar em deslocamento para a faixa superior, as mensalidades serão alteradas, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 66. O Beneficiário com idade superior a 60 (sessenta) anos e que se mantiver no **PLANO** por mais de 10 (dez) anos, sucessivos e ininterruptos, estará isento do aumento decorrente de modificação da última faixa etária.

Art. 67. As contribuições referidas neste Regulamento, assim como os valores de co-participação previstos neste instrumento, serão recolhidos aos cofres da PREVIMINAS, até o dia 20 (vinte) do mês subsequente a que se refere o pagamento.

§ 1º - O recolhimento de que trata o caput deste artigo será processado mediante autorização do Beneficiário Titular, e poderá por meio de desconto na folha de benefícios ou emissão de boleto bancário, conforme for o caso.

§ 2º - Em caso de inobservância do prazo estabelecido neste artigo, 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.

Seção II Da Formação do Preço

Art. 68. O **PLANO** será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido'.

Seção III Dos Reajustes

Art. 69. Os valores de contribuição definidos na Tabela vigente serão reajustados, anualmente, com base na variação acumulada do INPC – Índice Geral de Preços ao Consumidor, calculado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, tendo como data base o mês de dezembro.

§1º. Além do reajuste financeiro previsto no *caput* deste artigo, os valores de contribuição definidos na Tabela vigente, assim como os percentuais de contribuição definidos neste Regulamento, 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.

§3º. Caracterizam indícios de desequilíbrio econômico-financeiro do **PLANO**, dentre outros fatores não expressos no presente item:

- I - Aumento da sinistralidade;
- II - Aumento considerável dos custos médicos;
- III - Alteração sensível na composição dos beneficiários.

Art. 70. O reajuste técnico poderá ser aplicado em momento diverso do reajuste financeiro, inclusive em periodicidade diversa da anual.

CAPÍTULO XII DA ADMINISTRAÇÃO DO PLANO

Art. 71. O **PLANO** será administrado pela **PREVIMINAS**, que elaborará as normas de funcionamento e credenciamento dos prestadores de serviço, dentre outras estipulações, mediante a utilização de 15% (quinze por cento) do valor das receitas vertidas para o **PLANO**.

Parágrafo Único – A **PREVIMINAS**, a seu critério, e mediante avaliação atuarial específica, que ateste e valide a possibilidade, poderá reduzir o percentual descrito no *caput* deste artigo.

Art. 72. A **PREVIMINAS** se compromete, nos termos da legislação vigente, a manter toda a movimentação do **PLANO** contabilizada em separado dos demais planos por ela mantidos ou administrados.

Art. 73. Sem prejuízo da atuação dos órgãos institucionais da **PREVIMINAS**, as atividades relacionadas a este **PLANO** serão supervisionadas por um Conselho de Curadores composto pelos seguintes membros:

- I. Diretor de Seguridade Social da **PREVIMINAS**;
- II. Gerente Assistencial Integrado da **PREVIMINAS**;
- III. 02 (dois) titulares do **PLANO**, e respectivos suplentes, vinculados ao denominado Regime Jurídico Único – RJU, designados pelo Diretor Presidente da **PREVIMINAS**;
- IV. 02 (dois) titulares do **PLANO**, e respectivos suplentes, vinculados à ASSACE, e designados pelo Diretor Presidente da **PREVIMINAS**, escolhido dentre lista sêxtupla apresentada pela referida Associação.

§ 1º. O Diretor de Seguridade e Gerente Assistencial Integrado da **PREVIMINAS** 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 **PREVIMINAS** 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 beneficiários que compuserem o Conselho de Curadores, indicados nos termos deste Regulamento, terão mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos através de novas indicações feitas dentro do disposto neste instrumento.

Art. 74. São atribuições do Conselho de Curadores:

- I. acompanhar e avaliar permanentemente o desempenho do **PLANO**;

- II. propor e sugerir mudanças e melhorias necessárias ao bom desempenho do **PLANO**;
- III. examinar, ao final de cada semestre, os demonstrativos elaborados pela área de planejamento da **PREVIMINAS** e/ou pelo atuário responsável, avaliando os benefícios concedidos e o fiel cumprimento do Regulamento;
- IV. sugerir à Diretoria Executiva da **PREVIMINAS** 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 **PREVIMINAS**;
- VI. deliberar sobre os recursos impetrados pelos beneficiários do **PLANO**, conforme os direitos assegurados neste Regulamento;
- VII. analisar e julgar os casos de suspensão ou exclusão dos beneficiários do **PLANO**;
- VIII. examinar e resolver os casos omissos no Regulamento e nas resoluções que o disciplina.

Capítulo XIII

DA VIGÊNCIA DO REGULAMENTO

Art. 75. O presente Regulamento vigorará por prazo indeterminado, a partir da data de sua aprovação.

Capítulo XIV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 76. Deverão ser observadas as Diretrizes de Utilização necessárias para a concessão da cobertura obrigatória descrita neste Regulamento, conforme disposto no Anexo II da Resolução Normativa nº 167/2008 da ANS.

Art. 77. A utilização indevida das coberturas previstas neste Regulamento, mediante o cometimento de ato ilícito, bem como a realização de serviços não cobertos, implicam em dever do beneficiário, ou seu responsável legal, em arcar com o respectivo custo do procedimento, em seu valor integral.

Art. 78. Qualquer tolerância da **PREVIMINAS** na execução das normas regulamentares, não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Art. 79. Respeitadas as disposições do presente Regulamento, a Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO emitirá as resoluções necessárias a disciplinar o funcionamento do **PLANO**.

Art. 80. O **PLANO** de que trata este Regulamento encontra-se em regime de extinção, não sendo permitida, portanto, a inscrição de novos Titulares, mas apenas de dependentes e dependentes especiais de Titulares já ativos.

Parágrafo Único – Excetua-se ao disposto neste artigo o Beneficiário Titular afastado do PLANO em virtude de inadimplência e que vier a ser reintegrado no PLANO, na forma disposta neste Regulamento.

Art. 81. Este Regulamento e suas alterações ficam sujeitos à aprovação do Conselho de Curadores do **PLANO** e entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Executiva da FUNDAÇÃO.

Capítulo XV DO FORO

Art. 82. Fica eleito o foro do domicílio do local de sede da **PREVIMINAS** para dirimir qualquer demanda sobre o presente Regulamento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Belo Horizonte, 01 de julho de 2008.

MARIA DO CARMO PORTO OLIVEIRA
Presidente do Conselho

CARLOS MEGALE FILHO
Diretor Presidente

SEBASTIÃO RABELO GENEROSO
Conselheiro

MARIA DO CARMO PORTO OLIVEIRA
Diretora de Seguridade Social

ALCINDO DE LIMA VIEIRA
Conselheiro

MAURÍCIO AZEREDO DIAS COSTA
Diretor Adm. e Financeiro

CLÁUDIO ROBERTO FERREIRA UTSCH
Conselheiro

DEUSDEDIT CATTALANA PRETA
Conselheiro

ALCENIRA FERREIRA DE MATTOS
Conselheira

ANEXO I

TABELAS DE CONTRIBUIÇÕES

VIGÊNCIA A PARTIR DE 01/03/2008

ATIVOS			ASSISTIDOS		
Fx.Etária	Titular/D.Direto	Dep. Especial	Fx.Etária	Titular/D.Direto	Dep. Especial
0 a 17	36,60	63,19	0 a 17	46,10	66,35
18 a 29	59,87	91,48	18 a 29	75,43	96,05
30 a 39	79,83	124,74	30 a 39	100,59	130,95
40 a 49	119,75	182,94	40 a 49	150,88	192,09
50 a 59	133,06	206,24	50 a 59	167,65	216,56
> 60	186,27	287,73	> 60	234,72	302,11

Plano com co-participação de 30% nas consultas e 30% nos exames complementares.